

ANAIS DA JORNADA DE ENFERMAGEM



CURSO DE
ENFERMAGEM



ANAIS DA JORNADA DE ENFERMAGEM

18 A 19 DE MAIO DE 2017



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACEX – MANTIDA / CENTRO PARA FORMAÇÃO DE EXECUTIVOS-CIFE-MANTENEDOR

CHANCELER – JOSÉ MARIA BARRETO DE FIGUEREDO DIRETORA
ADMINISTRATIVA – CANDYSSE MEDEIROS DE FIGUEIREDO DIRETOR
FINANCEIRO – OSWALDO GUEDES DE FIGUEIREDO NETO
REITOR – RAYMUNDO GOMES VIEIRA
PRÓ-REITOR ACADÊMICO - RONALD FÁBIO DE PAIVA CAMPOS
SECRETÁRIO – JÚLIO APARECIDO KENED DE BRITO

Todos os resumos contidos nestes Anais foram reproduzidos de cópias fornecidas por seus autores, portanto, o conteúdo apresentado é de suas exclusivas responsabilidades. Assim, a comissão organizadora do I Encontro Interdisciplinar de Enfermagem e Serviço Social e IV Jornada de Enfermagem do UNIFACEX não se responsabiliza pelas consequências decorrentes do uso de quaisquer dados publicados nestes Anais.

**UNIFACEX
BIBLIOTECA SETORIAL NÍSIA FLORESTA BRASILEIRA AUGUSTA
DIVISÃO DE APOIO AO USUÁRIO
FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE**

E56a IV Jornada de Enfermagem (Natal, RN, 2017)
Anais IV jornada de Enfermagem do UNIFACEX, 18 a 19 de
Maio de 2017/ Comissão Organizadora: Isabel Cristina de Amaral
Rosso Nelson [et al.]. – Natal: UNIFACEX, 2017.
167 p.

1. Congresso Científico. 2. Pesquisa 3. Resumo. I. Centro
Universitário Facex (UNIFACEX). II. Nelson, Isabel Cristina de Amaral
Rosso (Org.) [et al.]. III. Título.

RN/BSNFBA/2017 - 35

CDU: 616-083



COMISSÃO ORGANIZADORA DA JORNADA DE ENFERMAGEM

Profª Dra. Isabel Cristina de Amaral Rosso Nelson
Prof. Me. Fábio Claudiney Pereira Costa
Profª Ma. Karolina de Moura Manso da Rocha
Prof.ª Dra. Tayssa Suelen Cordeiro Paulino
Prof. Dr. Richard Medeiros de Araújo

COMISSÃO AVALIADORA DA JORNADA DE ENFERMAGEM

Andressa Mônica Gomes Fernandes
Aniúska Coutinho Germano
Fábio Claudiney Pereira Costa
Isabel Cristina de Amaral Rosso Nelson
Karolina de Moura Manso da Rocha
Luzia Kelly Alves da Silva Nascimento
Maria Cristiana da Silva Souto
Rafaela Costa de Medeiros
Taciana Jacinto de Almeida



SUMÁRIO

O ENFERMEIRO DIANTE DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	7
DEPRESSÃO PÓS-PARTO E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	10
CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE LESÃO POR ARTRITE GOTOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	13
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DIANTE DA PRÉ ECLAMPSIA.....	16
ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS EM UMA PACIENTE DO SEXO FEMININO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	19
AÇÕES DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA DIMINUIÇÃO AO ABANDONO PRECOCE DO ALEITAMENTO	22
A IMPORTÂNCIA DO ÁCIDO FÓLICO NA GESTAÇÃO.....	25
A IMPORTÂNCIA DA SUPLEMENTAÇÃO DA VITAMINA A DIANTE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	28
CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIOS AOS PACIENTES SUBMETIDOS A AMPUTAÇÃO DE MEMBROS.....	31
BRINQUEDO TERAPÊUTICO EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: VISÃO DO ENFERMEIRO	34
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR.....	37
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO MANEJO DO CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO EM ONCOLOGIA.....	40
A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	44
A IMPORTÂNCIA DA FUNÇÃO DOS ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS NO TECIDO EPITELIAL: ESTUDO INTEGRATIVO	47
O COMPROMETIMENTO DA SAÚDE MASCULINA RELACIONADA AOS MEDOS E TABUS NO CONTEXTO HISTÓRICO SOCIAL	50
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	53
BENEFÍCIOS DO USO DA TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA EM FERIDAS.....	56
CÂNCER DE PELE NÃO MELANOMA: UMA REVISÃO DA LITERATURA .	59



ASSISTÊNCIA DE SAÚDE DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE: UMA ANÁLISE INTEGRATIVA SOBRE OS FATORES DE RISCO E A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	62
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONFORTO DA DOR EM PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERAS VENOSAS	65
A INCLUSÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA REDE BÁSICA DE SAÚDE COMO MELHORIAS NA COMPREENSÃO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	68
ATUALIZAÇÕES EM LESÕES POR PRESSÃO: CONHECER PARA CUIDAR	72
ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR: HISTÓRICO, CRESCIMENTO E SUA RELEVÂNCIA NA SAÚDE ATUAL	75
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PUÉRPERA COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....	78
HIPODERMÓCLISE: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA TERAPIA SUBCUTÂNEA	81
DISTÚRBIO DA AUTOIMAGEM NA ADOLESCÊNCIA	84
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES TERMINAIS	87
REDES DE PROTEÇÃO ÀS MULHERES EM NATAL/RN: CONQUISTAS E DESAFIOS	89
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA LEISHMANIOSE VISCERAL NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN	92
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS IMEDIATAS.....	95
ANÁLISE INTEGRATIVA SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DA NEOPLASIA PENIANA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	99
PREVENÇÃO DO TRANSTORNO DE HUMOR RELACIONADO AO PÓS-PARTO E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE OS FATORES DE RISCO	102
OS DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA ...	105
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RENAL EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA	108



MEDIDAS PREVENTIVAS DO ENFERMEIRO CONTRA O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	112
CONSEQUÊNCIAS DO USO INDISCRIMINADO DE ANTIBIÓTICO	115
CONHECENDO OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ACOMETIDO POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	118
VIOLENCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: CAUSAS E CARACTERIZAÇÕES	121
A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL	124
O IMPLANTE COCLEAR NA PERCEPÇÃO DO SURDO	127
PÉ DIABÉTICO: A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E NA EVOLUÇÃO	130
EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA O CONTROLE DA DENGUE – RELATO DE EXPERIÊNCIA	133
ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE USUÁRIO DE ÁLCOOL E DROGAS	136
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO DAS PACIENTES VÍTIMAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	140
AS AÇÕES DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO.....	143
A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A FAMÍLIA E AO PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	146
OPIÓIDES NO ALIVIO DA DOR, NA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO	149
FATORES DESENCADEANTES PARA O CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO	152
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES COM INGURGITAMENTO MAMÁRIO.....	155
AS EMOÇÕES E SENTIMENTOS DA MULHER EM ESTADO GRAVÍDICO E PUERPERAL: ANÁLISE INTEGRATIVA DA PERCEPÇÃO MATERNA.....	158
ACIDENTES DE TRABALHO COM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DO RIO GRANDE DO NORTE NO ANO DE 2016	161
A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA QUALIFICADA DO ENFERMEIRO NO ALEITAMENTO MATERNO	165

O ENFERMEIRO DIANTE DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Albania Thaisy Batista Da Silva
Carlos Capistrano Gonçalves De Oliveira
Sílvia Beatriz Fonseca De Melo

INTRODUÇÃO: A depressão é um distúrbio caracterizado por humor deprimido, tristeza, desinteresse pelas atividades normais, pessimismo exagerado, insônia e falta de concentração. Atualmente, a depressão é acompanhada de comorbidades, doenças cardiovasculares, tendência ao suicídio, necessitando de atenção primária a saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) informou em 2012, que a depressão afeta cerca de 300 milhões de pessoas em todo mundo. Em 2017, a OMS preocupada com o grande aumento da depressão no mundo, lançou uma campanha no dia mundial da saúde, em abril de 2017, cujo slogan é “let's talk” (vamos falar). Fisiologicamente, a causa da depressão é a diminuição de neurotransmissores norepinefrina e serotonina, e o tratamento farmacológico consiste em fazê-los retornar às concentrações normais. Trabalhos científicos têm demonstrado que antes da adolescência, quadros depressivos apresentam resultados similares. Após a puberdade, mudanças fisiológicas existentes entre os sexos, tornam as mulheres 2 vezes mais propensas a desenvolverem quadros depressivos do que homens. Podemos inferir diante destas pesquisas, que do total das mulheres, parte delas apresentarão tendências a alterações no humor, de forma passageira ou quando grávidas, desenvolver a depressão pós-parto (DPP). Basicamente, dois hormônios implicam nestas mudanças fisiológicas mensais, estrógeno e progesterona. O ciclo divide-se em 3 fases, a fase proliferativa, onde o endométrio aumenta de tamanho aguardando uma possível nidação do embrião, em seguida, a fase secretória, onde a mulher encontra-se no “período fértil”, ocorrendo a ovulação, e a fase menstrual, ocorrendo a descamação do endométrio. A menstruação indica o 1º dia do ciclo e a regulação deste é promovida tanto pelos hormônios hipotalâmicos FSH – hormônio folículo estimulante e LH – hormônio luteinizante, promovendo o crescimento do endométrio e a ovulação, respectivamente, bem como pela liberação do estradiol e progesterona. Estes hormônios apresentam picos e oscilações durante o ciclo que podem provocar a Síndrome da Tensão Pré Menstrual – STPM, acarretando alterações orgânicas, tais como; dor, inchaço, cólicas, sintomas que antecedem a menstruação. Algumas mulheres podem apresentar alterações psicológicas, como mudança de humor, ansiedade, irritabilidade, tristeza, mal-estar, constipação e labilidade emocional. A DPP reveste-se de extrema importância por colocar em risco a gestante e o bebê. Homens e Mulheres, quando acometidos de um quadro depressivo, tem tendência a se isolar, tornando o diagnóstico difícil para profissionais da saúde e para a família detectar estas alterações comportamentais. Portanto, o Enfermeiro, deve estar atento a determinadas situações que podem desencadear quadro depressivo, como por exemplo; problemas econômicos, gravidez indesejada na adolescência, perda de relacionamento amoroso, independência ou dependência financeira, parceiro estável ou não. O programa estratégia de saúde da família (ESF) objetiva um trabalho de equipe de saúde multiprofissional, integrada e centrado na família, aonde o médico e o enfermeiro, são os profissionais da saúde capacitados para atuar precocemente na prevenção e antecipação de diagnósticos. Aplicação de questionários, como por exemplo, a Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) é um instrumento de auto-avaliação para

detectar casos de DPP. Normalmente, na ESF, as puérperas são visitadas durante um período de 45 dias, pois as gestantes após duas semanas podem ser acometidas de tristeza materna, a “baby blues” e este é um dos fatores de risco para a depressão. A “baby blues” é considerada um problema passageiro, que poderá afetar 50 a 80%, das gestantes, mas que em alguns casos poderá ser fator de risco para DPP. Portanto, as alterações comportamentais das gestantes devem ser observadas pelo enfermeiro que trabalha na ESF, pois ele é um elo entre a puérpera e seu bem-estar. **OBJETIVO:** Compreender que a Depressão pós-parto é motivo de preocupações para o Enfermeiro que atua na ESF, bem como observar o crescente número de casos de depressão pós-parto. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura, sobre a Depressão pós-parto e as consequências para o bebê e a puérpera. Foram consultados artigos, datados de 1993 até 2017, disponíveis no portal da biblioteca virtual em saúde BVS/Bireme; periódicos da CAPES, e Scielo. Os seguintes descritores foram utilizados: enfermagem; depressão pós-parto; estrógeno. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A mulher durante os nove meses da gestação, apresenta variações hormonais, que alteram a sua fisiologia normal, tais como; aumento de peso, aparecimento de estrias, baixa autoestima e outros fatores que alteram o bem-estar. Durante o processo da gravidez a progesterona, lactogênio placentário e o estrogênio estão aumentados. Após o parto, o estrogênio e progesterona diminui e o lactogênio placentário desaparece. A literatura cita que a diminuição do estrógeno tem tendência a provocar tristeza e depressão. Trabalhos científicos têm demonstrado que o estrógeno influencia o aumento das monoaminas, como a norepinefrina, serotonina e dopamina, neurotransmissores responsáveis pelo humor, sensações de bem-estar e alerta. Foi observado ainda que estudos realizados em primatas fêmeas, demonstraram que as mesmas tinham tendência a desenvolver depressão, quando inoculadas com nicotina. A razão deste fato, é que a nicotina inibe uma enzima, a aromatase, que catalisa o último passo na síntese de estrógeno. Associado a este importante fator fisiológico, existe o lado social, a obrigação de ser mãe, nada fácil para uma adolescente, a necessidade constante de cuidar do bebê, que a princípio é um fator de alegria, mas posteriormente, mostra para a mãe que a vida dela mudou e esta é uma das causas para o quadro de tristeza materna, conhecido fator de risco para a depressão. Parte dessas mães se encontra diante de um dilema, o seu bebê não foi um filho planejado, fruto de um relacionamento acidental, parceiros instáveis, situação econômica incerta, mães solteiras e aquela tristeza passageira que a maioria das puérperas sofrem, torna-se crônica, desencadeando a DPP. Estatísticas mostram que DPP, apresenta índices significativos em todo o mundo, como por exemplo, Itália (38%), Chile (37,4%), África do Sul (36,5%); Índia (32,4%), Turquia (29,8%). Nos países desenvolvidos, a DPP, tem menor incidência, na Alemanha (3,6%) e nos Estados Unidos, varia de 10 a 15%. Estes baixos níveis de DPP em países desenvolvidos, provavelmente, está relacionado a um melhor nível educacional e situação econômica superior. No Brasil, em mulheres com nível socioeconômico baixo, 30 a 40%, das mulheres atendidas na ESF, apresentaram DPP. Em uma pesquisa realizada, entre 292 gestantes, entre 31 e 180 dias após o parto, no município de Serra, região metropolitana de Vitória, Espírito Santo, utilizando a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), 115 (39,4%), tiveram DPP. Nesta pesquisa, o nível educacional, era nível médio, porém, baixa renda familiar. Quando a OMS, lançou a campanha a nível mundial sobre depressão e o slogan, “let's talk”, ela estava alertando e chamando a atenção dos profissionais da saúde para os altos índices de DPP no mundo. É justamente a não vontade de conversar, de se isolar, que reside o perigo tanto para mãe, como

também para o recém-nascido. Mulheres que sofrem de DPP têm altas taxas de divórcio, negligente com as crianças, suicídio e infanticídio, deficiência cognitiva e baixa alta estima. Os profissionais da saúde que na maioria das vezes trabalham na ESF, deverão ter a capacidade de retirar a paciente do seu silêncio e tentar realizar uma psicoterapia, sendo esta uma alternativa necessária para o início do tratamento da DPP, principalmente, porque puérpera se encontra amamentando, e se possível, evitar drogas antidepressivas, pois estas deixam as crianças agitadas e com insônia. Antidepressivos deverão ser utilizados quando a psicoterapia não der resultados. **CONCLUSÃO:** Podemos concluir que a DPP é um problema de saúde pública, complexo, que envolve etiologias de natureza fisiológica e social, e o enfermeiro é um dos elos capazes de devolver o bem-estar das puérperas, devendo estar capacitado para tal ação. É interessante que haja rotineiramente a exposição destes profissionais á tais situações, sintomas e formas de tratamento para um diagnóstico mais preciso e breve encaminhamento às soluções mais adequadas, pois é o profissional da enfermagem quem está diretamente em contato com estas pacientes, evitando assim maiores consequências para estas e seus filhos.

Palavras-chave: Enfermagem. Depressão pós-parto. Estrógeno.

REFERÊNCIAS

BALLESTREM, C.; STRAUSS, M.; KÄCHELE, H. Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany – implications for the utilization of treatment. **Arch Womens Ment Health**, v.8, n.1, p.29-35, 2005.

ESPERIDIÃO, E. et al.. Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o departamento científico de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: avanços e desafios. **Rev. Bras. Enferm.** n. esp. 66, 2013.

FERNANDEZ, J. W., GRIZELL, J. A., WECKER, L. The role estrogen receptor β and nicotinic cholinergic receptors in postpartum depression. **Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry**. n. 40, 2013.

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral et al.. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 3, n. 29, p. 274-280, 2007.

HAYWARD, C.; SANBORN, K. - Puberty and the emergence of gender differences in psychopathology. **J Adoles Heath** 30(4):49-58, 2002.

LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.11, n.4, 2011.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Ana Karyllyne da Silva Costa
Eliana André do Nascimento Félix
Luana Maria Carvalho de Paiva
Rafaela Costa de Medeiros Moura
Thayná Fonseca Pereira
Valquíria de Oliveira dos Santos

INTRODUÇÃO: Os transtornos de humor vêm sendo estudados sistematicamente nas últimas três décadas, sendo que a Organização Mundial da Saúde (2001) e a Associação Americana de Psiquiatria (2002) relatam que a depressão é um dos problemas mais comuns encontrados pelos profissionais em contextos de saúde. Assim, dentre os transtornos de humor de maior gravidade e acometimento a mulher após o parto, destaca-se a depressão pós-parto (DPP) a qual é um importante problema de saúde pública, pois afeta tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento do filho. Esta doença consiste numa expressão do sofrimento e da dor humana, atingindo um significativo número de mulheres mundialmente. Este transtorno é acompanhado de manifestações biopsicossociais associadas à ocorrência de eventos estressantes, possui sintomas multivariados e é investigado como um tipo de depressão. A manifestação desse quadro acontece, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto e atinge, habitualmente, sua intensidade máxima nos seis primeiros meses. As mulheres são mais depressivas que os homens e essas evidências aumentam após nascimento de um bebê. Encontrou-se que em 20% a 40% das mulheres tem sido evidenciada uma perturbação emocional ou uma disfunção cognitiva no período pós-parto. Ainda com relação aos sintomas do transtorno da DPP pode se listar: irritabilidade, mudança brusca de humor; indisposição, doenças psicossomáticas, tristeza profunda, desinteresse pelas atividades do dia, sensação de incapacidade de cuidar do bebê e desinteresse por ele, pensamento suicidas e homicidas em relação ao bebê, requerendo estes episódios o tratamento intensivo e, por vezes, hospitalização. O diagnóstico da depressão pós-parto não é tão fácil, uma vez que os sintomas são muitos parecidos com período gravídico, alterações do sono, no apetite e fadiga perda de interesse nas atividades, sentimentos de culpa ou desânimo perda de concentração ou pensamentos suicidas, podendo estender-se até seis meses após o parto. Assim, cabe ao profissional de saúde enxergar no paciente os sinais e sintomas da doença e de suas necessidades, principalmente o profissional enfermeiro, tendo em vista ser o profissional mais presente durante a assistência pré e pós-parto. Dentro desta perspectiva, a enfermagem tem papel fundamental na assistência a ser prestada no início da gestação, durante a gestação e até aos 42 primeiros dias após o parto. Segundo o Manual Técnico, uma atenção puerperal humanizada e de qualidade se dá por meio de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade e, com ações que integrem todos os níveis da atenção. E ainda o Manual diz que: de acordo com a Lei de Exercício Profissional de Enfermagem- Decreto nº 94.406/87- o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro. Justifica-se ainda o fato de que esse profissional tem grande importância no auxílio diagnóstico e estar atento para identificar os casos e em mediato intervir encaminhando para os profissionais especializados de saúde mental na atenção básica, uma vez que este profissional de

enfermagem faz parte desse serviço, sendo assim uma porta de entrada para o acolhimento e direcionamento adequado. Desta forma alcançará um resultado positivo que contribua para a melhora e cura da DPP. Assim, percebe-se a relevância da D.P.P. no que diz respeito ao cuidado de enfermagem, até mesmo no início do pré-natal para que contribua nos desafios presentes durante a depressão pós-parto. Desta forma surgiu o interesse pela temática e o seguinte questionamento: Quais os cuidados de enfermagem na depressão pós-parto? Com isso, o presente estudo tem como objetivo identificar os cuidados de enfermagem na depressão pós-parto. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura embasada em artigos científicos sobre os cuidados de enfermagem na depressão pós-parto, indexados nas bases de dados de enfermagem (BDENF), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), acessados durante o mês de novembro de 2016 a maio de 2017 para o levantamento dos estudos científicos. Foram utilizadas as publicações relevantes sobre o assunto abordado, dos últimos sete anos (2010 a 2016) usando os descritores: “gravidez”, “depressão pós-parto”, e “assistência de enfermagem”, sendo detectados 150 artigos. Como critérios de inclusão, foram utilizados artigos completos, em língua portuguesa, de 2010 a 2016, que respondessem à questão de pesquisa. Como critérios de exclusão, artigos em língua estrangeira, anteriores ao ano de 2010, e que não respondessem à questão de pesquisa. Ao final foram selecionados 07 artigos. **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:** Em estudo que a DPP por ter uma alta prevalência, é necessário a prevenção de complicações e construção de um prognóstico satisfatório. Dentro desta perspectiva, o enfermeiro deve estar capacitado a identificar sintomas iniciais que desencadeiam o quadro patológico no puerpério. Logo, quanto antes se detectar os fatores de risco, melhor assistência poderá ser oferecida à puérpera. Ainda com relação aos fatores de colaboram com o surgimento da DPP, identificou-se por meio de estudos que os fatores sociais como a falta de apoio conjugal e familiar, influenciam fortemente na etiologia e manejo da DPP. Outro aspecto importante é o desconhecimento dos familiares sobre este problema onde muitas vezes os parentes associam os sinais e sintomas desta doença ao estresse fisiológico e a dificuldade de adaptação inerente ao puerpério. Assim, as orientações em saúde, sobre como identificar os sinais e sintomas da DPP, devem ser ofertados pela equipe de enfermagem também aos familiares da mulher antes e durante o pós-parto. No que diz respeito as dificuldades do enfermeiro no pré-natal, o enfermeiro conduz as consultas de pré-natal sem realizar uma abordagem integral da gestante. Assim, estes autores inferem que um pré-natal realizado por meio de uma abordagem biopsicossocial e espiritual podem favorecer o bem-estar geral da mulher, da criança que vai nascer e da família, contribuindo na prevenção da DPP. É necessário que o enfermeiro compreenda e contemple o cuidado à mulher no pré-natal, considerando seus múltiplos contextos e implicações como família, comunidade, vida e subjetividade. A saúde da família, na sua proposta de aproximar o profissional da população, pode auxiliar na criação dos vínculos de confiança e responsabilidades entre gestante e o profissional enfermeiro, na busca da resolução de conflitos como a DPP ou na prevenção desse agravo à saúde. Em pesquisas que, desta forma, o enfermeiro deve munir-se de conhecimento sobre DPP, em especial, por constituir o serviço de saúde onde se encontra inserido uma porta de entrada para o acolhimento e direcionamento adequado da puérpera no que se relaciona à terapêutica e prevenção deste transtorno mental. Neste contexto, a consulta de enfermagem é reconhecida como um espaço de acolhimento porque possibilita o diálogo, permitindo a livre expressão de

dúvidas, de sentimentos, e de experiências, estreitando o vínculo entre a enfermeira e a gestante. Além da educação em saúde, Ibiapina et al., (2010) tratam acerca da importância do acolhimento mais intensivo com as gestantes desde o início do pré-natal de modo a realizar um rastreamento precoce da doença, investigando o histórico da paciente, prevenindo desta forma, problemas mais graves no futuro, não só na grávida, mas também de seus familiares. **CONCLUSÃO:** É imprescindível que o profissional enfermeiros elabore ou planejem ações preventivas direcionadas a saúde da gestante, no intuito de perceber possíveis alterações durante o puerpério, tais como: ansiedade, emoções, perturbações, sentimentos, abalos moral ou afetivo, dificuldades deste período, para prevenção deste transtorno mental e assim orientar a puérpera a um tratamento adequado.

Palavras-chave: Gravidez. Depressão pós-parto. Assistência de Enfermagem.

REFERÊNCIA

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A.S.D.; TORRES, E. C. R.. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v.7 n.1, p.39-48, Campinas-SP. 2006. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v7n1/v7n1a06.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual Técnico/Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2016.

FÉLIX, T. A. et al. Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto nas consultas de puericultura, **Revista Enfermeria Global**, n.29, p. 420-435, Cariré –CE, 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100022>. Acesso em: 22 nov. 2016.

GALVÃO, A.C.C, et al. Prevalência de depressão pós-parto e fatores associados: revisão integrativa **Revista Ciência & Saberes**, v.1, n.1, p. 54-58, 2015. Disponível em: < <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema> >. Acesso em: 06 abr. 2017.

VALENÇA, Cecília Nogueira; GERMANO, Raimunda Medeiros. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 129-139, Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_pdf/a15v11n2.pdf>. abr./jun. 2010. Acesso em: 01 maio 2017.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE LESÃO POR ARTRITE GOTOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Adriana Conceição Silva Costa
Aline Fernanda Barbosa
Karolina Moura Manso da Rocha
Olgareth Allane Nunes da Câmara Silva
Rafaela de Oliveira Borges
Tayssa Suelen Cordeiro Paulino

INTRODUÇÃO: A gota é um agravo de origem metabólica em que há o excesso de ácido úrico no sangue, estendem-se em forma de cristais de monourato de sódio, atingindo regiões de articulações e partes moles, esses indícios inflamatórios também atingem pequenas articulações como nas mãos, causando lesões crônicas. A artrite gotosa é um dos tipos mais comuns de artropatia inflamatória, na população idosa. Os cristais de urato monossódico mono-hidratado (UMM) desencadeiam a cascata inflamatória, a qual por fim resulta em dor e inflamação. A doença se prevalece em homens/idosos, tendo uma extensão mais rápida. O cuidado aos pacientes acometidos com essa patologia consiste na orientação sobre a doença, repouso, dieta rígida pobre em purinas e terapia medicamentosa. Nesse sentido, a enfermagem tem papel de suma importância atuando na recuperação e orientação destes pacientes. Para isso, como forma de sistematizar o cuidado, utiliza-se do processo de enfermagem por meio de componentes científicos para prescrever e implementar medidas de enfermagem. Portanto, o objetivo do trabalho é relatar a experiência vivenciada nos cuidados de enfermagem a um paciente, com lesões decorrentes de artrite gotosa.

METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência a partir do estudo de caso de um paciente com lesões por Artrite Gotosa. Para embasamento científico do caso, foi realizada uma revisão de literatura na Biblioteca Virtual de Saúde nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para tal, foram utilizados os descritores em ciências da saúde “Gota”, “Artrite Gotosa”, “Lesão” e “Cuidados de Enfermagem” que para busca e seleção dos textos foi utilizado o operador booleano and.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: Na perspectiva de melhorar a qualidade de vida do paciente e com o objetivo de prestar uma assistência de enfermagem sistematizada, foi implementado o processo de enfermagem, e as cinco etapas que o constitui. Desse modo, durante a anamnese – primeira fase do PE – foram coletados os seguintes dados: idoso com 62 anos, empresário, Ensino Superior completo, casa própria, reside com mais duas pessoas, esposa e filha, a doença foi diagnosticada aos 40 anos de idade, mas com o não cumprimento das orientações e uso adequados de medicamentos os sintomas tornaram-se mais intensos e com isso há 10 anos, começou a aparecer lesões em decorrência do aumento acentuado no ácido úrico, apresentando 12mg/dl. Além, da entrevista, foi realizado o exame físico e avaliação dos ferimentos no qual o mesmo apresentou 10 lesões distribuídas nos MMII (Membros inferiores), MMSS (membros superiores) e glúteo. No membro inferior direito com 1 (uma) lesão em hálux, superficial com cerca de 2cm de extensão, 1 (uma) lesão em calcâneo profunda parcial com extensão de 5cm, 1 (uma) lesão na panturrilha profunda parcial com extensão de 3cm, ambas apresentando tecido de granulação e discretos pontos de

fibrina, exsudato seroso moderado com odor característico. Em membro superior direito, mão apresenta 3 (três) lesões no 2, 3 e 4 quirodáctilos com extensão de 2cm cada (com presença de granulação e pontos discretos de fibrina, exsudato serosanguinolento, moderado e de odor característico), no antebraço 1 (uma) lesão com extensão de 4cm (presença de granulação, exsudato seroso, moderado, sem odor), no cotovelo 1 (uma) lesão com extensão de 3cm (presença de granulação e pontos discretos de fibrina, exsudato seroso moderado, com odor característico). Na região infraglútea esquerda, 1 (uma) lesão com extensão de 4cm, (presença de granulação e fibrina, exsudato seroso, pouco, sem odor). Em membro superior esquerdo (MSE) no cotovelo, mantém-se 1 (uma) lesão em extensão importante de cerca de 10cm (com granulação e fibrina, exsudato seroso imenso, com odor fétido). A partir da análise realizada na primeira etapa do PE foram estabelecidos os principais diagnósticos de enfermagem: integridade tissular prejudicada relacionado à circulação alterada, caracterizada por tecido lesionado; mobilidade física prejudicada relacionada pela alteração na integridade de articulações, evidenciada pelo acúmulo de ácido úrico; dor aguda relacionada a inflamações em articulações, evidenciada por lesões. Diante disso, as intervenções de enfermagem realizadas no paciente foram: tratamento dessas lesões com a espuma de poliuretano com prata, que pode ficar na lesão até sete dias (se trata de um material para absorção de exsudato, diminuindo assim o risco de macerações de bordas, mantendo-as íntegras, conservando o meio da lesão no ambiente adequado fazendo uso da prata para combate de possíveis bactérias presentes, diminuindo odores e auxiliando para o processo de cicatrização). Assim sendo, transcorrido 5 (cinco) meses do tratamento, percebeu-se a redução no número de lesões para 2 (duas) lesões, localizadas em MSD, e 1 (uma) localizada no MSE cotovelo (com extensão de cerca de 6cm, exsudato seroso, moderado, odor característico, fazendo uso da espuma, com curativos uma vez na semana). Além dos cuidados relativos à troca e realização do curativo, foram realizadas orientações para o tratamento, relacionados aos cuidados básicos que devem ser realizados para evitar novas feridas e auxiliar, na qualidade de vida e bem-estar ao indivíduo, cuidados esses relacionados à alimentação adequada, evitando o consumo de carne vermelha e bebidas alcoólicas, pois os mesmos aumentam a quantidade de ácido úrico, no sangue, diminuição no consumo de proteínas e purinas, aumento da ingestão hídrica, pois diminui a possibilidade de formação de novos cálculos, além da realização consecutiva dos curativos para não atrapalhar o processo de cicatrização, o tratamento medicamentoso deve ser seguido à risca, pois a falta deste causa crises levando a cronicidade do agravo. **CONCLUSÃO:** Diante disso, conclui-se o quão importante é a realização da dieta, da perda de peso, da realização dos curativos e avaliação periódica, com o intuito de perceber a evolução das lesões, podendo-se notar a eficácia do tratamento. E, essencialmente, o conhecimento dos profissionais sobre a doença, cuidados e orientações. Este caso em específico faz-se pensar e notar a importância da assistência de enfermagem de forma contínua, com a melhora significativa do paciente. E ainda, faz-se necessário a atenção, orientação e cuidado com o paciente, o envolvimento do mesmo e de sua família é imprescindível para a melhora/evolução do quadro clínico.

Palavras-chave: Gota. Artrite Gotosa. Lesão. Cuidados de Enfermagem.



REFERÊNCIAS

BATISTA, J.S.; WIBELINGER, L.M. Artrite gotosa no processo de envelhecimento humano. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 6, p.123-134, dez. 2011. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/11703>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

COFEN. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília/DF: COFEN, 2009.

MELLO, R.C. et al.. Dimensão do cuidado das acadêmicas de enfermagem a paciente com lesão proveniente de gota. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v.10, n.1, p.1-4, 2016. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/3182/2021>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

SARI, I. et. al.. Existe uma relação entre a artrite gotosa e as mutações genéticas da febre familiar do Mediterrâneo? **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 55, n. 4, p.325-329, jul. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S048250042015000400325&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 abr. 2017.



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DIANTE DA PRÉ ECLAMPSIA

Ana Karyllyne da Silva Costa
Calebe de Medeiros Costa
Felipe Jairo Rebouças
Rafaela Costa de Medeiros Moura
Thayná Fonseca Pereira
Valquíria de Oliveira dos Santos

INTRODUÇÃO: O Sistema Único de Saúde brasileiro e, principalmente a atenção primária, passou nos últimos anos por uma ampliação dos seus serviços em todo o Brasil por meio da estratégia saúde da família (ESF) que foi implantada em 2011 a fim de ofertar qualidade no serviço de saúde e reorganizar o sistema único de saúde num novo modelo de prevenção e acompanhamento das famílias, principalmente no que diz respeito ao cuidado da mulher no pré-natal. Diante desta perspectiva, a equipe de saúde desenvolve o atendimento devido, reconhece, acompanha e garante assistência à saúde da mulher ao pré-natal, onde as consultas são realizadas com qualidade a fim de distinguir a gestação de alto risco e evitar situações inadequadas a gestante ou recém-nascido na rede básica de saúde. Assim, é importante que a equipe de saúde e, principalmente o enfermeiro durante o pré-natal seja cauteloso para identificar suposta doença gestacional como as Síndromes Hipertensivas Específicas da Gravidez (DHEG). Dentre as Síndromes hipertensivas que mais acometem a mulher na gravidez pode se destacar a eclâmpsia, pré-eclâmpsia, Síndrome Help e Hipertensão crônica. Porém, a referida pesquisa aborda acerca da pré eclâmpsia que é uma desordem na pressão arterial da gestante com presença de proteína na urina, edema, facial e nos MMII e pressão arterial elevada, que traz complicações desde o início do primeiro trimestre gestacional, mais especificamente a partir da vigésima semana de gestação ou até mesmo no puerpério. Trata-se da principal causa de morte materna na América Latina sendo que aproximadamente duas a oito de 100 gestantes desenvolve a doença. Nesse contexto, é necessário que o enfermeiro possa nortear a gestante quanto aos critérios consideráveis de uma gestação de alto risco, explicitando à paciente durante o acompanhamento no pré-natal, sobre a pré-eclâmpsia e as modificações que ocorre no primeiro trimestre de gravidez, a fim da acuidade fetal e materna. Apesar do pré natal da rede básica de saúde objetivar, juntamente com a rede cegonha, uma assistência de qualidade a gestante, ainda é perceptível no Brasil a quantidade insuficiente de consultas pré-natal e a falta de intervenções no momento apropriado da gravidez, fatores estes que podem ocasionar o nascimento prematuro e a não detecção das síndromes hipertensivas. Assim, o interesse em estudar essa temática veio ao perceber essa problemática através da vivência na atenção primária por entender a dificuldade dos profissionais em investigar e orientar as gestantes com pré-eclâmpsia nas consultas do enfermeiro. Com isso, surge o seguinte questionamento: Como ocorre a assistência de enfermagem na atenção primária diante da pré-eclâmpsia? Por meio deste questionamento, o objetivo deste estudo é identificar a assistência de enfermagem na atenção primária diante da pré-eclâmpsia. Assim, espera-se que esse estudo venha colaborar com o conhecimento e atitudes dos profissionais, a fim de reconhecer alterações existentes na gestação e oferecer qualidade de vida à gestante mesmo quando

houver complicação como a pré eclâmpsia, enriquecendo a qualidade das consultas do pré natal de acordo com o quadro clínico. **METODOLOGIA:** Trata-se de revisão integrativa da literatura, a qual trata-se de um instrumento de pesquisa capaz de proporcionar a síntese dos conhecimentos e a aplicação de resultados de estudos significativos no dia a dia dos indivíduos. Primeiramente foi realizada uma busca no período de agosto a abril de 2017, por meio do banco de dados da biblioteca virtual de saúde (BVS) com os descritores: “atenção primária” “rede cegonha” “pré-eclâmpsia” “fatores de risco” nas bases de dados LILACS (literatura latino-americana e do caribe em ciência da saúde). Como critérios de inclusão foram utilizados artigos disponibilizados em texto completo, em língua portuguesa, publicados nos últimos sete anos (2010 a 2016) e que estão relacionados com o tema. Já os critérios usados para exclusão foram artigos em língua estrangeira, com publicações anteriores ao ano de 2010 e que não condizem com o objeto de pesquisa, bem como teses, periódicos, monografias e dissertações. Ao final, foram selecionados oito artigos. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O enfermeiro, em parceria com o médico, é o profissional capacitado para assistir adequadamente a mulher no pré-natal, sendo um dos seus principais objetivos de trabalho o cuidar. Considera-se assistir em enfermagem fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode por si mesmo, ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar, orientar ou ensinar, supervisionar ou encaminhar a outros profissionais mais capacitados. Para que este encaminhamento ocorra, é necessário que o enfermeiro tenha o conhecimento sobre os sinais e sintomas da pré-eclâmpsia, bem como os fatores de risco a esta doença. Ainda sobre este assunto, os fatores de risco a pré eclâmpsia na rede pública de saúde de Maceió, detectaram que, dentre estes fatores pode se listar a faixa etária entre 15 e 30 anos, cor parda, primigestas, idade gestacional de aparecimento da síndrome após a 20ª semana gestacional, história familiar de hipertensão arterial e diabetes bem como antecedentes clínicos de hipertensão arterial nas gestantes. Assim, é de valia que, logo na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese abordando aspectos relacionados aos antecedentes familiares e pessoais, ginecológicos e obstétricos. Após a anamnese, o exame físico deverá ser completo, constando avaliação da cabeça e pescoço, tórax, abdome, membros e inspeção de pele e mucosas, seguindo por exame ginecológico e obstétrico. Com relação aos achados clínicos na gestante com pré-eclâmpsia, a tríade edema, proteinúria e hipertensão são os sinais clássicos da pré-eclâmpsia, sendo desta forma o enfermeiro da UBS o profissional apto a identificar, fazer os primeiros atendimentos e o encaminhamento para o acompanhamento de gestantes de alto risco. Assim, o enfermeiro também deve estar atento e resoluto às questões emotivas para que no percurso da gravidez, a gestante se sinta amparada e orientada sobre a patologia e os agravos que podem decorrer. Isso por que muitas das mulheres grávidas têm a doença e não têm o conhecimento em relação a esses cuidados. É fundamental que o enfermeiro também lembre a necessidade da aproximação materno-infantil, incluindo a família, pois esta relação é imprescindível para a melhora do estado geral da paciente. Outros cuidados também se aplicam, como o controle de eletrólitos, o balanço hídrico e sua monitoração, que são essenciais na abordagem dessa gestante, pois o volume de líquidos excessivos está relacionado à retenção em função da pré eclâmpsia. Do mesmo modo, outros cuidados de enfermagem com a aferição da pressão arterial quatro vezes ao dia e a orientação à gestante sobre a utilização de drogas anti-hipertensivas prescritas pelo médico, durante a gestação como a Hidralazina e a Metildopa são importantes e devem ser ofertados a gestante. Ainda com relação ao trabalho do

enfermeiro, os principais diagnósticos de enfermagem a gestante acometida pela pré eclâmpsia são a dor aguda relacionada a agentes lesivos (biológicos, físicos e psicológicos), em que a gestante pode ter cefaleia, dor epigástrica, dor no hipocôndrio direito e dor no baixo-ventre referente à posição prolongada em decúbito lateral esquerdo. Assim, percebe-se que o enfermeiro tem um papel de educador na orientação a gestante sobre as mudanças de hábitos de vida que são necessárias para uma gestação saudável. **CONCLUSÃO:** O enfermeiro tem todo conhecimento sobre a pré-eclâmpsia e competência para seguir com os procedimentos assistenciais necessário que a atenção primária pode oferecer a gestante, acompanhá-la nas consultas do pré-natal e orientá-la para que a mesma durante o período gestacional conheça a gravidade da doença e saiba a importância de apresentar-se as consultas sempre que solicitado pelo enfermeiro. Dentro desta perspectiva, é de valia que o enfermeiro esteja sensível a perceber quando o pré-natal é de alto risco e assim, possa acolher esta gestante com atenção e humanescência condizentes com a dignidade humana e com suas necessidades de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Mônica Viegas et al.. A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.6, p.1176, Jun. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601175>. Acesso em: 07 out. 2016.

AQUINO, Pâmela Torquato; SOUTO, Bernardino Geraldo Alves. Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária. **Rev Med Minas Gerais**. v.25, n.4, p.568-576, 2015. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/exportar-pdf/1873/v25n4a16.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Caderno da atenção básica nº 37. Brasília: DF, p.71-75, 2014.

ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS EM UMA PACIENTE DO SEXO FEMININO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jeandiego Simplício de Souza Costa

Juliana Pereira de Lima da Rocha

Karolina de Moura Manso da Rocha

INTRODUÇÃO: O câncer de pâncreas é uma das neoplasias mais letais, constituindo – se a nível mundial e ocupando a quarta posição de um total de mortes relacionadas com o câncer. (USÓN JÚNIOR et al., 2015) A nível nacional, o Brasil é responsável por aproximadamente 2% de todos os tipos de câncer diagnosticados, e por 4% de um total de mortes ocasionado por essa doença. Apresentando um prognóstico reservado, e uma sobrevida de cinco anos em menos que 5% dos casos diagnosticados (ZENI et al, 2014). De acordo com os dados obtidos através do SIH/SUS no Brasil, as internações de 2008 a 2017 mostraram 61.402 internações, na região Nordeste esse número chega a 704 internações, no estado do Rio Grande do Norte foram notificadas 698 internações, e na cidade do Natal chegando a 510 internações até o presente momento (DATASUS, 2017). Por sua vez, o adenocarcinoma de pâncreas acaba se tornando o tipo mais comum presente nos pacientes portadores de tumor pancreático, podendo representar 85% dos casos (USÓN JÚNIOR et al., 2015). O câncer pancreático é particularmente uma doença genética, que apresenta em sua fisiologia mutações hereditárias que podem ser transferidas em genes que possuam associação com o desenvolvimento de câncer (MEYER NETO, PENA; 2010). Grande parte dos pacientes desenvolvem na sexta década, sendo raro aos 45 anos de idade. Sua incidência vai apresentando crescimento de acordo com o aumento da idade, tendo um pico de concentração entre a sétima e oitava década, geralmente para ambos os sexos. Pode desenvolver-se em qualquer região do pâncreas, como na cabeça, corpo e até mesmo na cauda, apresentando manifestações clínicas que variam de acordo com a região afetada, podendo comprometer a função pancreática e as células secretoras de insulina (SMELTZER et al., 2014). A importância deste trabalho está em descrever certa experiência vivenciada, e contribuir significativamente para assistência no tratamento do paciente. Sendo de uma relevância significativa para o conhecimento dos profissionais e de contribuição para o ensino aprendizagem. Neste sentido, questiona-se: como atuar diante de uma paciente com diagnóstico de adenocarcinoma pancreático? **OBJETIVO:** Este estudo teve como objetivo descrever um relato de experiência de uma paciente com diagnóstico de adenocarcinoma pancreático em um hospital de Natal/RN. **METODOLOGIA:** Trata-se de um trabalho de relato de experiência, que tem por objetivo descrever os dados precisos de uma experiência para que se possa contribuir de forma clara e significativa. A pesquisa abordou publicações por meio de artigos publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados Scientific Eletrônica Library Online (Scielo). A coleta de dados ocorreu nos dias 10 e 11 de maio de 2017, selecionando os descritores: Neoplasias pancreáticas, adenocarcinoma, pâncreas. A análise preliminar resultou em 19 artigos relacionados com o tema, no entanto foram utilizados 3 artigos científicos, e uma referência bibliográfica para compor o referencial teórico. Como critérios de inclusão, foram escolhidos os artigos publicados entre os

anos de 2007 a 2017, disponibilizados gratuitamente, com texto completo em português. Foram excluídos os artigos em inglês e os que não correspondessem a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: Relato de experiência de uma paciente do sexo feminino, 68 anos, viúva, cor branca, aposentada, natural de João Câmara, procedente de Cidade das Flores - São Gonçalo do Amarante. Apresentava queixa de diarreia e perda de peso desde março de 2016 até os dias atuais, submetida a cirurgia de gastroduodenopancreatectomia em 19/08/2016. Hipótese diagnóstica de Adenocarcinoma ductal pancreático, grau 2 T. 2,4 x 2,0 cm comprometendo duodeno até camada muscular + invasão de ducto pancreático, espaços perimurais e vasos linfáticos PT3N1 (5/6+) com (extravasamento extracapsular). Paciente refere dor abdominal com irradiação para dorso e hiporexia no pós operatório, em uso de Tramal 100mg Via Oral de 8 em 8 horas, complementando com Dipirona e ainda refere dor. Comorbidades: DM pós operatório, nega tabagismo. Refere histórico familiar de câncer de vesícula em irmão e mãe com câncer de colo uterino. A biopsia (estudo imuno - histoquímico) de material mostrou, a) fragmento nódulo hepático: pequena área nodular bem circunscrita de necrose de hepatócitos com processo inflamatório crônico, agudizado de fibrose. b) fragmento de peritônio: ausência de neoplasia no material recebido para exame. c) linfonodo de veia cava: adenocarcinoma metastático (raros focos microscópicos em seio medular e seio subcapsular, o maior medindo 1mm). Congelação: ausência de neoplasia. TC abdominal: nódulos sólidos 2,5 e 1,0 nos segmentos hepáticos VI e II/III secundários. Linfonodos no hilo hepático de 1,5cm. TC de tórax: Nódulo pulmonar calcificado medindo 0,6 cm no lobo superior direito. RM de Encéfalo: 1. Extensas áreas confluentes de hipersinal em T2 e FLA IR, na substância branca subcortical e periventricular, frontoparietal bilateral, inespecíficas (leucoencefalopatia tóxica, quimioterapia?) 2. Pequena lacuna isquêmica antiga no putâmen a direita. 3. Sinais de invaginação basilar. Exames laboratoriais. Na perspectiva de prestar uma assistência de enfermagem adequada e poder contribuir para o tratamento dessa paciente foi realizada a evolução de enfermagem com os seguintes dados: Paciente em seu 7º DIH por vômitos e diarreia. Consciente, algo orientada, normocorada, O2 ambiente, sono preservado, deambulando com auxílio, sem queixas no momento. Alimentando-se por jejunostomia, e no momento apresentando náuseas. Eliminações vesicais e intestinais presentes. Ao exame físico: couro cabeludo íntegro, pupilas isocóricas e fotorreagentes, nariz íntegro com fixação de SNE em fossa nasal D. Pavilhão auricular íntegro, acuidade preservada, gânglios não palpáveis. Mucosa oral íntegra com uso de prótese dentária superior. Tórax simétrico, sem cicatrizes, expansibilidade preservada bilateralmente, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes, e diminuídos em terço médio D. Ausculta cardíaca com bulhas normofonéticas em 2 tempos, pulso apical palpável. Abdome plano, com presença de cicatriz cirúrgica de gastroduodenopancreatectomia, em uso de jejunostomia, ruídos hidroaéreos hipoativos em colo ascendente, ativos em colo transversal e descendente, sons hipertímpanicos em QID e QSD, sons maciços em QIE e QSD, referindo dor a percussão e palpação profunda. Genitália feminina preservada. MMSS apresentando equimose, MSE apresentando edemas. MMII sem edemas, panturrilhas livres e sem dor a dorsoflexão. Placa de hidrocolóide em região sacral D2/7. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. Durante a vivência foi possível encontrar Diagnósticos de Enfermagem: Risco de infecção relacionada a internação, ambiente hospitalar e acesso venoso. Intervenções de enfermagem: Cuidados com acesso venoso periférico, monitoramento dos sinais vitais, e dos sinais flogísticos no acesso venoso. Resultados

de enfermagem: Diminuir o risco de infecção. Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais, relacionado a incapacidade de absorver nutrientes evidenciado pela perda de peso. Intervenções de enfermagem: Administração da dieta conforme prescrição médica, monitorização do peso do paciente. Resultados de enfermagem: Melhora do aporte nutricional. **CONCLUSÃO:** Durante os dias da experiência vivenciada foi notável que a paciente em tratamento de adenocarcinoma de pâncreas traz consigo um quadro dramático e prognóstico bastante reservado, tendo em visto o estágio avançado em que a doença apresenta. Em indivíduos idosos o diagnóstico é mais complexo devido à necessidade de investigar outras causas mais comuns nesse momento. Tendo em vista que a paciente nega fatores de risco externos como tabagismo, mas refere um histórico familiar de câncer de vesícula em irmão e mãe com câncer de colo uterino. No entanto, prestar uma assistência que possibilite uma ação eficaz dos serviços médicos e o tratamento precoce podem mudar o curso de evolução da doença, possibilitando ao paciente um prognóstico mais favorável, com melhora importante da qualidade de vida, contribuindo para o aumento de sua sobrevida.

Palavras-chave: Neoplasias pancreáticas. Adenocarcinoma. Pâncreas.

REFERÊNCIAS

BARE, B.G.; SUDDART, D.S. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

DATASUS, **Notificações**. Disponível em:
< <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php> >. Acesso em: 13 maio 2017.

HERDMAN, H, T.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2015-2017. 10. ed.; Porto Alegre, Artmed, 2015.

USÓN JUNIOR, Pedro Luiz Serrano. Maior sobrevida global em pacientes com câncer pancreático metastático: o impacto de onde e como o tratamento é realizado. **Einstein**. São Paulo. v. 13, n. 3, p. 347 -51. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-67202014000400275 >. Acesso em: 11 maio 2017.

MEYER NETO, J. G. C. M; PENA, G. L. Aspectos etiopatogênicos do câncer exócrino do pâncreas. Relato de caso. **Rev Bras Clin Med**. v. 8, n. 4, p. 365-6, 2010. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a015.pdf> >. Acesso em: 10 maio 2017.

ZENI, L. B. Morbimortalidade do tratamento cirúrgico dos tumores do pâncreas. **ABCD, Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva**. São Paulo. v. 27, n. 4. 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1679-45082015005053303>. Acesso em: 10 maio 2017.

AÇÕES DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA DIMINUIÇÃO AO ABANDONO PRECOCE DO ALEITAMENTO

Fábio Claudiney da Costa Pereira
Isamara Tayanne dos Santos Galvincto de Oliveira
Melina de Oliveira Pimentel
Tayssa Suelen Cordeiro Paulino

INTRODUÇÃO: O leite humano é a primeira fonte alimentar e trás diversos benefícios para a criança, é simplesmente o alimento mais completo por suprir as necessidades nutricionais da criança, fornece imunobiológicos, promove a saúde da criança, e também da mãe que amamenta. O Ministério da saúde (2001) preconiza que o aleitamento materno deve ser exclusivo até o sexto mês de vida e mantido associado a outros alimentos até o segundo ano de vida e ressalta que no Brasil, a duração média do aleitamento materno é de sete meses, sendo apenas no primeiro mês exclusivo. O aleitamento materno é essencial na fase do desenvolvimento infantil, cujo sucesso depende de fatores sociais, históricos, culturais entre outros. São muitas as causas relacionadas ao desmame precoce, entre elas: uso de medicamentos por parte das mães, rotina de trabalho externo, oferta por terceiros de outros tipos de alimentos ao lactente, recusa do bebê, alterações nas mamas, pega inadequada, razões ligadas ao ambiente, a personalidade dessas mães, presença do parceiro e apoio da família. Algumas mulheres podem amamentar com sucesso sem ter tido nenhum preparo prévio para isso, porém a amamentação não é algo instintivo para a mulher e nem para o recém-nascido, é algo que deve ser aprendido. É durante a gestação que essa mulher desperta para o desejo de amamentar, daí a importância do enfermeiro no acompanhamento do pré-natal, esclarecer, conscientizar e motivar o Aleitamento Materno Exclusivo (AME), expondo para a gestante os benefícios da amamentação, e a forma correta de amamentar. Após o nascimento, na consulta à puérpera e ao recém-nascido, esclarecer dúvidas que surgiram diante desse processo, o enfermeiro ainda conta com as consultas do crescimento e desenvolvimento (CD) para incentivar o aleitamento materno, acompanhando esse processo que muitas vezes é doloroso, e por ser doloroso muitas mulheres desistem. Diante do exposto, o objetivo desse trabalho é identificar na literatura a assistência da enfermagem, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, estratégias de diminuição do abandono do aleitamento materno precoce. **METODOLOGIA:** O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura onde foi utilizado como base de dados a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e a Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os descritores foram selecionados utilizando o operador booleano and, com base na terminologia em saúde (DeCS-BIREME), e são: aleitamento materno, cuidados de enfermagem, educação em saúde, e desmame precoce. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao realizar a primeira consulta de pré-natal além da anamnese, solicitação de exames laboratoriais, exame físico incluindo o exame das mamas, para aumentar a confiabilidade dessa gestante sobre a amamentação. É nesse período que ela começa a desenvolver o desejo de amamentar, então cabe ao enfermeiro esclarecer suas dúvidas, e mostrar para essa gestante que o aleitamento vai além de suprir as necessidades nutricionais da criança, fornece inúmeros benefícios também para o bebê, quanto para a mãe. Durante esse pré-natal é necessário que o enfermeiro ensine essa mulher como

deverá ocorrer a higienização das mamas, e a pega correta do bebê ao seio materno, dentre outros cuidados relacionados a esse processo. Uma ação simples é a assistência a gestante no preparo das mamas, que ajuda a diminuir problemas com mamilos doloridos, fissuras, que surge na amamentação e quase sempre são acompanhando com dor, o que desestimula essa mulher a continuar amamentando. No pré-natal é a melhor hora para se falar de todos os cuidados mesmo aqueles que só viram após o nascimento do bebê. Durante a visita à puérpera e ao recém-nascido o enfermeiro deve incentivar a mulher a comentar sobre possíveis dúvidas, tabus e informações adicionais, estimular e explicar a importância do aleitamento materno e do acompanhamento da criança nas consultas de crescimento e desenvolvimento (CD) onde o enfermeiro realiza o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança, garante estratégias para maior cobertura vacinal, e aumento do aleitamento materno. E nessas consultas periódicas que pode-se acompanhar o desenvolvimento da amamentação. Segundo Vieira (2006) é importante uma escuta qualificada, e identificar dificuldades que surgiram no período da lactação que podem todas serem solucionadas se forem tratadas adequadamente como o ingurgitamento mamário, mamilos doloridos, rachaduras que são lesões que atingem somente a epiderme, quando se aprofundam e deixam de ser superficiais atingindo também a derme são denominadas de fissuras, ambas são dolorosas, mastite puerperal, hipogalactia, entre outras, além disso ainda existe outras fatores que influenciam esse desmame precoce, a carga horária de trabalho externo, fatores culturais, oferta de outros alimentos por terceiros, por isso que é importante esse acompanhamento continuo da equipe de enfermagem nesse processo estimulando para o sucesso da amamentação. Sempre que o enfermeiro escolher intervenções para contribuir com o sucesso da amamentação deve levar em consideração também esses aspectos negativos. **CONCLUSÃO:** Compreende-se que o enfermeiro bem treinado pode contribuir para o processo de lactação ocorra com sucesso na comunidade, sendo importante a qualificação desses profissionais. É imprescindível entender que esse processo não é apenas um procedimento de técnicas, mas sim um processo psicossomático que envolve habilidades e empatia.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Cuidados de enfermagem. Educação em saúde. Desmame precoce.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de atenção à saúde**. Departamento de atenção básica. Guia prático do programa saúde da família. Brasília (DF), 2009.

FUJIMORI, Elizabeth et al. Aspectos Relacionados ao Estabelecimento e à Manutenção do Aleitamento Materno Exclusivo na Perspectiva de Mulheres Atendidas em uma Unidade Básica de Saúde. **Interface – Comunicação Saúde Comunicação**, v.14, n.33, p.315-27. Botucatu, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.readcube.com/articles/10.1590/s1414-32832010000200007>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.



MARTUCHELI, Karine Costa. **O enfermeiro e o aleitamento materno na estratégia de saúde da família**. 45p. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família), 2010.

ROCCI, Eliana; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 22- 27. Guarulhos, 2014. Disponível em:
< <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267030130003.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

RODRIGUES, Andressa Peripolli et al. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. *Esc. Anna Nery*, v. 18, n. 2, p. 257- 261, 2014.

SOUZA, Bruna Almeida Paiva. **Assistência de enfermagem no incentivo do aleitamento materno no município de Ipaba**: um relato de experiência. 33p. Universidade Federal de Minas Gerais. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Monografia. Governador Valadares/MG, 2014.

A IMPORTÂNCIA DO ÁCIDO FÓLICO NA GESTAÇÃO

Danila Deyse de Medeiros
Eliana André do Nascimento Félix
Felipe Jairo Rebouças
Luana Maria Carvalho de Paiva
Rafaela Costa de Medeiros Moura
Valquíria de Oliveira dos Santos

INTRODUÇÃO: A gravidez provoca mudanças fisiológicas no organismo materno como aumento das mamas, do peso corporal e fluxo sanguíneo os quais fazem parte da sintomatologia característica do período gestacional. Além disso, existe o aumento da necessidade de nutrientes essenciais como o ácido fólico. Devido ao aumento da necessidade desse nutriente que auxilia no crescimento fetal e tecidos maternos, pode ocorrer uma competição entre o organismo da mãe e do feto pelo mesmo. Dessa forma a redução do seu consumo pelas gestantes tornam-nas predispostas a desenvolverem principalmente a deficiência de ácido fólico o que pode desencadear modificações na síntese de DNA e alterações cromossômicas. Uma dieta normal não é capaz de suprir as necessidades de ácido fólico da gestante e do feto, devido aumento da demanda dessa vitamina durante o período gestacional, sendo necessário o uso de suplementação de folato. Visto isso, há evidências na literatura da redução de incidência das malformações do tubo neural por meio da suplementação periconcepcional com ácido fólico entre um e três meses antes da concepção até o final do primeiro trimestre de gestação. Sendo ressaltado assim a importância de orientações do profissional enfermeiro acerca do consumo do ácido fólico durante o período pré-concepcional a concepção, seja através da ingestão de alimentos fontes ou da suplementação do folato. Esse profissional deve estar sensibilizado para a assistência prestada à clientela, além de compreender seus fundamentos e a importância do acompanhamento da gestação, a fim de obter maior adesão ao pré-natal assim como a adequada suplementação do ácido fólico, garantindo-lhe qualidade na assistência e melhor resultado obstétrico e perinatal. **OBJETIVO:** Visando promover um novo olhar sobre o conhecimento acerca da importância da suplementação do ácido fólico no período periconcepcional a concepcional, objetivou-se com essa pesquisa, identificar a importância da utilização do ácido fólico na gestação. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura, O levantamento de dados ocorreu através de pesquisa de artigos científicos publicado nos últimos 5 anos, indexados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Sendo utilizados individualmente os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): ácido fólico, Defeitos do Tubo Neural (DTN), alimentos fortificados e enfermagem de atenção primária. Foram encontrados 25 artigos e incluídos 7, os artigos selecionados foram escolhidos levando-se em consideração os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados entre o período de 2011 e 2016, na língua portuguesa, disponíveis gratuitamente e na íntegra e que apresentassem relação com o objetivo do trabalho. Os artigos que foram excluídos correspondiam a artigos publicados anteriores ao ano de 2011, duplicados, artigos em inglês, não disponíveis na íntegra e gratuitamente e aqueles que após leitura do resumo não apresentavam relação com o objetivo do estudo. **RESULTADOS E**

DISCUSSÕES: O uso de ácido fólico com foco na prevenção de DTN impulsionou diversos estudos a respeito dessa relação, os quais pudessem comprovar essa associação entre o surgimento de DTN e o consumo de ácido fólico durante a gestação. Como o estudo citado por Cabral, Cabral e Brandão (2011) realizado na China, em duas regiões de alto (por questões ambientais e dietéticas) e baixo risco, onde foi utilizado uma dose de 0,4 mg por dia desde o período pré-concepcional até o final da embriogênese o qual obteve reduções de 85% e de 40% respectivamente, na ocorrência de DTN na população de alto e baixo risco. Especialmente devido ao aumento da necessidade do ácido fólico para o crescimento fetal e tecidos maternos, tornou-se sabido entre os profissionais da saúde e pesquisadores, que as gestantes estariam assim mais predispostas a desenvolver deficiência de ácido fólico. Visto que o sucesso de uma gestação sem complicações está intimamente relacionado a uma dieta balanceada e equilibrada, acompanhamento médico e cuidados gerais que garantam a saúde da mulher e do conceito, a proteção contra o desenvolvimento de mal formações congênitas e doenças crônicas durante a vida adulta se torna aliada fundamental ao bom crescimento e desenvolvimento infantil. Seguindo-se a recomendação de suplementar de forma medicamentosa o ácido fólico no período periconcepcional, que segue-se desde a década de 90. Daí por diante, nenhuma outra intervenção nutricional realizada com o objetivo de prevenir doenças teve tanto impacto e consequências positivas que o observado com a suplementação do ácido fólico no período gestacional. Por esse motivo, é atualmente estimulado a realização da suplementação de ácido fólico para as mulheres que planejam engravidar ou já encontrem-se grávidas. As consultas pré natal realizadas pelos profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, constituem importante ferramenta do acompanhamento humanizado e da atenção qualificada da gestante. Pois, maior parte das informações transmitidas durante o período gestacional ocorrem através dessas consultas, onde é estabelecido o bom andamento ou não da gestação. A diminuição de defeitos do tubo neural associado a prevalência do consumo do suplemento do ácido fólico, em mulheres que realizaram 7 ou mais consultas, é realidade entre diversos autores. Entretanto, é válido destacar que apesar do número de consultas menor que sete ter sido um fator associado ao não uso do suplemento, muitas mães apesar de terem realizado mais que sete consultas não foram suplementadas. É observado que a suplementação oral de folato periconcepcional e durante o primeiro trimestre de gravidez diminuí o risco de ocorrência dos defeitos do tubo neural (DTN) em cerca de 50 a 70%, outras medidas além da suplementação oral foram criadas e/ou estimuladas. Dentre elas, encontram-se o aumento do consumo de alimentos fonte, a suplementação e a fortificação, sendo essa última a escolha do Ministério da Saúde do Brasil o qual fortificou com ferro e ácido fólico todas as farinhas de trigo e milho, além dos produtos derivados do milho produzidos no país. Embora o ácido fólico esteja amplamente distribuído na natureza e que outras medidas como a fortificação de farinhas de trigo e milho sejam adotadas, a inadequação do seu consumo ainda é persistente. Em estudos, obteve-se resultados pouco significativos quanto a diminuição do risco de ocorrência de defeito do tubo neural através do consumo de alimentos fortificados, em relação a suplementação oral de folato periconcepcional e durante o primeiro trimestre de gravidez, com variação de 19 a 78% respectivamente. Cabral, Cabral e Brandão (2011) relatam que mulheres com ingestão exclusiva de alimentos fortificados apresentam queda nos valores de homocisteína e elevação do folato eritrocitário, no entanto, a redução de DTN foi de 19%, inferior à detectada no grupo suplementado com ácido fólico (50%). Portanto, mesmo em população exposta à fortificação, é orientado que seja mantido a

recomendação de suplementação com 0,4 mg/dia de ácido fólico. Contrário aos achados acima citados, constata-se significativa redução da prevalência de defeitos do tubo neural no Estado de São Paulo após a fortificação de alimentos com ácido fólico, com diminuição de 35%, de 0,57 para 0,37 por mil nascidos vivos. **CONCLUSÃO:** Perante o que foi exposto torna-se evidente a necessidade de todas as medidas aqui discutidas como o aumento no consumo de alimentos fonte, a suplementação, a fortificação de alimentos e ações de promoção do uso do suplemento de ácido fólico através dos enfermeiros, aliarem-se a fim de proporcionar melhores resultados quanto a diminuição das malformações congênitas.

Palavras-chave: Ácido fólico. Defeitos do Tubo Neural (DTN). Alimentos fortificados. Enfermagem de atenção primária.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A. R. et al.. Fatores associados à suplementação com ácido fólico em gestantes na cidade de Joinville, SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 45, n. 3, 2016.

BORGES, A. L.V. et al. Preparo pré-concepcional entre mulheres brasileiras e a relação com o planejamento da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. v. 50, n.2, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - Manual técnico**. Brasília: ministério da saúde, 2005. 158 p.

CABRAL, A. C. V.; CABRAL, M. A.; BRANDÃO, A. H. F. Prevenção dos defeitos do tubo neural com o uso periconcepcional do ácido fólico. **Revista Médica Minas Gerais**. v. 21, n. 2, 2011.

A IMPORTÂNCIA DA SUPLEMENTAÇÃO DA VITAMINA A DIANTE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Calebe de Medeiros Costa
Felipe Jairo Rebouças
Luana Maria Carvalho Paiva
Rafaela Costa de Medeiros Moura
Thayná Fonseca Pereira

INTRODUÇÃO: A Estratégia Saúde da Família (ESF) desenvolvida pelo Ministério da Saúde desde 1994 é um modelo de atenção à saúde eficaz, eficiente e adequado ao fortalecimento da atenção básica no país. Existem alguns programas, desenvolvidos pelas equipes de saúde da família que abrangem ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação voltados aos problemas de saúde de maior frequência e relevância nos distintos ciclos de vida: crianças, adolescentes, adultos e idosos (BRASIL, 2008). Diante da ESF, existe o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foi instituído por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, cujo objetivo é reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar). Este programa consiste na suplementação preventiva com megadoses de vitamina A de 100.000 UI às crianças de 6 a 11 meses e com megadoses de vitamina A de 200.000 UI às crianças de 12 a 59 meses e às puérperas. Essa vitamina é essencial às funções ligadas ao sistema visual, crescimento e sistema imune, reduzindo a gravidade das infecções e, por consequência, promovendo recuperação mais rápida de diarreias (BRASIL, 2013). A reserva adequada de vitamina A reduz em 24% a mortalidade infantil, 28% da mortalidade por diarreia e 45% da mortalidade por todas as causas em crianças HIV positivas. De acordo com a pesquisa, a prevalência de deficiência dessa vitamina é de 17,4% em crianças menores de cinco anos e de 12,3% em mulheres em idade fértil. Por isso, o Ministério da Saúde oferece suplementação de vitamina A para crianças de seis meses de idade a menores de cinco anos. Dentro desta perspectiva, cabe aos profissionais de Enfermagem encaminhar as crianças à sala de vacina e fornecer a suplementação de vitamina A durante a consulta à criança, mas é responsabilidade da equipe de enfermagem administrar e registrar as doses necessárias e o fornecimento das suplementações no prontuário e na Caderneta de Saúde da Criança (CSC) para fins de acompanhamento da distribuição dos suplementos. Assim, é de valia que estudos sobre a suplementação da vitamina A sejam realizados no intuito de conscientizar sobre a importância desta suplementação. Com isso, traça-se a seguinte questão de pesquisa: Como se encontra, na literatura científica nacional, a importância da suplementação da vitamina A diante da equipe de enfermagem? Desta forma, o objetivo desta pesquisa é identificar, por meio da literatura científica nacional, a importância da suplementação da vitamina A diante da equipe de enfermagem. O interesse na realização desta pesquisa surgiu devido à vivência profissional de 4 anos em sala de vacinação onde foi possível conhecer a falta de conhecimento dos usuários sobre a importância da mesma. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Os artigos foram selecionados nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

(LILACS) e Scientific Eletronic Online (SciELO) no período de Outubro de 2016 a Maio 2017. Os descritores de ciência da saúde (Descs) utilizados foram: “vitamina A”, “suplementação”, “enfermagem”. Para a busca definiu-se os seguintes critérios de inclusão: os artigos publicados em português e que fossem possíveis seu acesso na íntegra, publicados a partir de 2013, e condizentes com nossa temática de pesquisa. Foram excluídos do estudo, artigos não disponibilizados na íntegra, idioma diferente da língua portuguesa, além daqueles que apresentavam duplicidade entre as categorias e texto sem elementos relevante ao escopo do estudo. No período deste estudo foram levantados 08 artigos. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Em estudo com crianças do sudoeste da Bahia com idade inferior ou igual a 34 meses, houve a prevalência de 13,1% das crianças com níveis inadequados de vitamina A, 4,3% apresentando baixa estatura e 1,2% magreza. Além disso, 91,7% das crianças estava com as doses de suplementação de vitamina A desatualizada, o que caracteriza um problema da saúde pública em crianças em creches públicas do sudoeste baiano. Corroborando com os autores anteriores sobre a desatualização da vitamina A, em análise das ações para a prevenção de morbidade na infância, detectaram que na caderneta de vacinação das crianças entre 6 e 12 meses de idade, 78,9% não constava o registro da suplementação de vitamina A e em outras, havia apenas registro de uma das suplementações. Com isso, os autores detectaram falhas nos registros da suplementação de vitamina A, o que dificulta o acompanhamento das condutas realizadas na criança pelos profissionais de saúde. E de valia que estratégias sejam criadas para melhorar o acompanhamento e os registros das suplementações dos micronutrientes na caderneta de saúde da criança. Assim, pode se inferir que, na prática das unidades de saúde ainda hoje, o pouco conhecimento das mães sobre o processo de vacinação e pouco envolvimento do enfermeiro nesse processo, principalmente na área de educação em saúde. Dentro desta perspectiva de puérperas e gestante, no que diz respeito a suplementação de vitamina A neste público alvo, a suplementação no puerpério elevou o teor de retinol no leite materno, aumentando a oferta de VA para a criança, e também a concentração de IgAS no colostro, mostrando, assim, que a suplementação contribui para a melhora do estado nutricional de VA da criança e da puérpera e na oferta da vitamina, pelo leite materno, ao recém-nascido. Em análise da prevalência da deficiência de vitamina A em crianças e os fatores associados, detectaram que a prevalência foi de 21,8%, sendo que a ocorrência da deficiência de vitamina A foi quatro vezes maior em crianças com infecção subclínica e sem água no domicílio, comparativamente às crianças sem infecção e com água no domicílio. Assim, apesar das ações de prevenção e controle da deficiência de vitamina A, a hipovitaminose A ainda se configura como um problema de saúde pública preocupante entre as crianças menores de cinco anos. Em pesquisa realizada acerca da percepção dos profissionais de saúde sobre o programa de combate a deficiência de vitamina A, mais especificamente profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, detectaram que, dentre as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para a realização da suplementação estão a falta de capacitação/treinamento, o processo de trabalho fragmentado nas equipes de ESF, a irregularidade no fornecimento das cápsulas e a ausência de material educativo e técnico sobre o Programa. É perceptível a necessidade de um processo de capacitação crítico e reflexivo para os profissionais de saúde, além da produção e disseminação de material educativo, com vista ao aprimoramento do Programa e sua ampla divulgação, à padronização de normas técnicas e à regularidade na suplementação. Sugere-se que novos estudos sejam realizados envolvendo outros atores do Programa (mães, gestores),



com o objetivo de compreender outros fatores que possam contribuir para que o Programa obtenha o impacto esperado. **CONCLUSÃO:** Neste estudo, foi observado que há um grande problema de saúde pública exigindo atenção diferenciada das organizações governamentais e das equipes de saúde, dando ênfase maior a equipe de enfermagem, que tratam de imunização e nutrição da população infantil. Nesse contexto, é preciso considerar que a equipe de enfermagem é responsável pelos registros de ações para a prevenção de morbidade na infância, a partir das informações de vacinação, suplementação de vitamina A presentes na caderneta de saúde da criança. Assim, ações como a busca ativa de crianças com a vitamina A atrasadas bem como as práticas de educação em saúde, devem ser ações da enfermagem a fim de sensibilizar pais ou responsáveis acerca da importância da suplementação para a promoção de um crescimento e desenvolvimento infantil saudável.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 729/GM**, de 13 de maio de 2005. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, Seção 1, 14 maio 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção a Saúde**. Vitamina A mais: programa nacional de suplementação de vitamina A - condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, v.9.



CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIOS AOS PACIENTES SUBMETIDOS À AMPUTAÇÃO DE MEMBROS

Jeandiego Simplicio de Sousa Costa
Juliana Pereira de Lima da Rocha
Karolina de Moura Manso da Rocha

INTRODUÇÃO: O centro cirúrgico é um setor dentro da unidade hospitalar, que se caracteriza por possibilitar procedimentos invasivos em pacientes que necessitam de intervenção cirúrgica, de maneira eletiva ou de urgência. Os procedimentos cirúrgicos são compostos de três fases: pré-operatória, transoperatória e pós-operatória. No que concerne a pré-operatória, conceitua-se como o momento da decisão do procedimento até a admissão do paciente no centro cirúrgico. É subdividido em dois momentos: mediato, que tem início na decisão do procedimento até as 24 horas que antecedem à cirurgia; e o imediato começa das 24 horas exatas antes da cirurgia e finaliza com a entrada do paciente no centro cirúrgico. O cuidado de enfermagem no pré-cirúrgico se caracteriza pelo planejamento e desenvolvimento de ações que visam proporcionar ao paciente e família, cuidados terapêuticos e de apoio emocional. Na fase transoperatória ocorre desde a entrada do paciente no centro cirúrgico até sua admissão na Unidade de Recuperação Pós-Anestésica; e a pós-operatória vai desde a admissão na unidade de Recuperação Pós-Anestésica até alguns dias após o procedimento cirúrgico. No caso dos pacientes submetidos a amputação decorrente de alterações vasculares e neuropáticas, os cuidados pré-cirúrgicos específicos para esse tipo de procedimento são fundamentais haja vista que a remoção de uma parte do corpo tem um impacto físico, social e emocional ao paciente. De acordo com Ministério da Saúde, em nível mundial, há mais de 01 milhão de casos de amputação de membros. No Brasil, 94% das amputações realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) foram de membros inferiores, desses aproximadamente 80% tem como causa primária as doenças vasculares e o diabetes. Esses dados se confirmam através do DATASUS o qual demonstra que em 2011 houveram 7.905 amputações decorrentes de doença do aparelho vascular e 6.672 amputações devido o diabetes. A taxa de mortalidade associada ao procedimento é em torno de 17% e a amputação contra-lateral ocorre em 50% dos casos. No Rio Grande do Norte, no ano de 2015, de acordo com a SESAP, 67% dos pacientes diabéticos que conseguem dar entrada no serviço de referência vascular, 30% deles resultam em amputações primárias de pé ou perna. Ou seja, por mês, aproximadamente, são atendidos no ambulatório 150 pacientes, desses, 100 necessitam de internados hospitalar, dos quais 30 evoluem imediatamente para amputação. Nessa perspectiva, acredita-se que o paciente que se submeterá a esse procedimento cirúrgico terá um pós-operatório estável, com menos desconfortos e dias de internação hospitalar, se o pré-operatório for realizado de maneira correta e efetiva, com a participação da equipe multiprofissional possibilitando todos os cuidados físicos e psicológicos necessários. Assim, no intuito de aprofundar mais a temática foi elaborado a seguinte questão de pesquisa: quais os principais cuidados pré-operatório dos pacientes submetidos a amputação de membros? **OBJETIVO:** identificar na literatura científica os principais cuidados pré-operatório ao paciente submetido a amputação de membros. **METODOLOGIA:** revisão narrativa da literatura, realizado nas bases de dados Lilacs, PubMed, e Medline. Foram pesquisadas com os descritores: procedimento pré-

operatório; cuidado; e enfermagem, sendo encontrados 32 estudos, dos quais, após análise foram selecionados 10. Os critérios de inclusão utilizados foram: publicações disponíveis na íntegra e gratuito, em português e inglês, entre 2007 e 2017 e que abordassem a temática do estudo. Dessa forma, os critérios de exclusão propostos foram: publicações disponíveis apenas em resumo, em outros idiomas, com período de publicação inferior o estipulado e que não abordassem a temática exposta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: os cuidados são direcionados a cada momento do período pré-operatório (mediato e imediato). No período mediato, o enfermeiro proporciona apoio emocional, esclarece as dúvidas sobre o procedimento cirúrgico, estimula o envolvimento da família havendo, assim, um aumento da interação entre enfermeiro-paciente-família e surgindo ou reforçando o sentimento de confiança com a equipe de enfermagem. Outros pontos importantes que o enfermeiro deve atentar é a investigação da situação hemodinâmica, necessidade de reposição de hemoderivados e reserva de vaga em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Evidencia-se, dessa forma que, a atenção aos cuidados mediatos minimiza e previne a suspensão do procedimento cirúrgico, como também, intercorrências no trans e pós-operatório. No que concerne aos cuidados imediatos, destaca-se a verificação dos sinais vitais, assegura o jejum, suspende drogas anticoagulante de acordo com os protocolos institucionais, administra drogas que mantenham sinais vitais estáveis e reduzam ansiedade, realiza ou orienta a tricotomia e banho com solução antisséptica, retira roupas pessoais e oferta a camisola hospitalar, remove próteses e adornos, e o transporte do paciente para o centro cirúrgico. Nesse contexto, os autores destacam que a assistência integral e individualizada favorece a plenitude bio-psico-social-espiritual que envolve sentimento, emoções, comprometimento, ética, comunicação e troca de experiências entre o paciente e equipe de enfermagem. **CONCLUSÃO:** os cuidados pré-operatórios desenvolvidos pela equipe de enfermagem e gerenciado pelo enfermeiro, embasado a partir do conhecimento científico e com reflexão na sua realização, são essenciais para o manutenção do estado emocional e físico do paciente submetido a amputação no trans e pós-operatório. Estudos sobre os cuidados de enfermagem no pré-operatório precisam ser realizados com o objetivo de favorecer cirurgias cada vez mais seguras, e com menos complicações no decorrer do processo, como também estabelecer mais evidências científicas para que haja melhoria na qualidade da assistência.

Palavras-chave: Procedimento Pré-operatório. Cuidado. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. E. C. G. **Diabetes Mellitus como causa de amputações não traumáticas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.** 2008. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. 2008.

AMARAL, Sara Filipa Tenreiro. **A Diabetes Mellitus e a Amputação: Medidas Preventivas.** 2014. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação da Universidade da Beira Interior. 2014.



BRASIL. **Ministério da Saúde destina R\$ 143,2 milhões para cirurgias eletivas.** Portal da Saúde. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/18789-ministerio-da-saude-destina-r-143-2-milhoes-para-cirurgias-eletivas>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Coopmed para as cirurgias de alta complexidade no SUS.** 2016. Disponível em: <<http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/coopmed-para-cirurgias-de-alta-complexidade-no-sus/354392>>. Acesso em: 07 maio 2017.

SENA, A. C. Construção coletiva de um instrumento de cuidados de enfermagem a pacientes no pré-operatório imediato. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 1-10, jan./mar. 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/PC-DELL/Downloads/20506-74340-1-PB.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2017.

BRINQUEDO TERAPÊUTICO EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: VISÃO DO ENFERMEIRO

Ana Flávia de Lima Rocha Cruz
Andressa Mônica Gomes Fernandes
Heloizy Valessa Nascimento Santos
Jessica Gomes Cabral
Larissa Jaiane Trajano Silva
Luzia Kelly Alves da Silva Nascimento

INTRODUÇÃO: A hospitalização por si só incapacita a pessoa de realizar as atividades rotineiras diárias prejudicando o emocional dos pacientes. Quando se trata de crianças hospitalizadas essa dificuldade aumenta, pela falta de discernimento para entender a situação. As crianças muitas vezes enfrentam essa situação de uma forma assustadora e traumática, sujeita a estresses e procedimentos de grande sofrimento sem entender a finalidade. Nesse contexto, o brincar é um componente que diz muito sobre a criança, uma forma de linguagem, um fenômeno natural que expressa seus sentimentos, emoções e evolução da personalidade. (FRANCISCHINELLI, 2012). O Brinquedo Terapêutico (BT) é um brinquedo estruturado para a criança liberar a ansiedade por motivo de experiências inusitada para a idade, podendo ser realizada a brinquedoterapia toda vez que a criança não consiga lidar com uma experiência difícil. Assim, podendo ser classificado em três tipos: dramático, capacitador e instrucional. (SIMÕES JÚNIOR, 2010). O BT dramático é considerado uma prática que proporciona o alívio emocional e expressões de desejos, sentimentos e experiências vivenciadas, com o intuito de uma brincadeira de "fazer de conta", junto aos familiares e profissionais, assim, gerando uma comunicação e verbalização mais eficaz. O BT instrucional permite explicar a criança os procedimentos para que ela compreenda como vai acontecer a sua intervenção, através do manuseio do material antes e após as práticas. O BT capacitador é aquele que é realizado uma atividade lúdica para que a criança melhore seu condicionamento físico de acordo sua necessidade, desta forma desenvolvendo seu bem estar. (SIMÕES JÚNIOR, 2010). Nessa abordagem, considerando-se que o profissional de enfermagem realiza procedimentos dolorosos e estressantes em crianças no âmbito hospitalar e com o excesso desses estímulos acabam resultando em comportamentos negativos dessas crianças. Na prática da assistência de enfermagem o uso do Brinquedo Terapêutico é bastante relevante porque minimiza as alterações comportamentais desfavoráveis, agregando a recreação e o brincar, proporcionando o aumento positivo do vínculo da enfermagem, família e criança. Diante do exposto e por entender a necessidade do uso do brinquedo terapêutico na prática da assistência de enfermagem, justifica-se a realização do presente estudo. Para conduzir esta pesquisa, foi desenvolvida a seguinte questão norteadora: Qual a visão do enfermeiro com relação ao brinquedo terapêutico em crianças hospitalizadas? Assim, o objetivo desse estudo foi discutir a importância do Brinquedo Terapêutico em crianças hospitalizadas na percepção do enfermeiro.

METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão de literatura realizada por meio de busca eletrônica, indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde BVS/ BIREME, Literatura Latino-Americana de Ciências de Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDEnf) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), em abril de 2017, utilizando como Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): Brinquedo Terapêutico, Enfermagem pediátrica, Jogos e brinquedos, hospitalização. Para o cruzamento foi utilizado o

operador booleano “AND”. Como critérios de inclusão: artigos disponíveis no idioma português, texto no formato completo, publicados entre 2010 e 2017. Assim, excluíram-se os artigos com idioma inglês e espanhol e ano de publicação inferior a 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: A partir da análise dos artigos estudados pode-se destacar o uso do Brinquedo Terapêutico de uma forma positiva no desenvolvimento holístico, não apenas hospitalar da criança. Na perspectiva do enfermeiro, o BT é um facilitador que promove a aceitação de procedimentos de modo mais tranquilo, rápido e fácil, devido à cooperação da criança, estimulando o profissional a realizar tal prática, assim, aumentando a valorização do seu trabalho durante o manejo da técnica por causa dos benefícios e o bem-estar ofertado a criança e ao próprio enfermeiro. (FREITAS, 2016). Do ponto de vista do enfermeiro, o padrão comportamental é claramente notável após o uso do BT, diminuindo o medo, choro e tristeza, desenvolvendo independência com relação à mãe, comportando-se de uma forma mais segura, autônoma e confiável. Portanto, para que seja implementado o BT é necessário que os enfermeiros entendam a importância do brincar como um fator essencial possibilitando a diminuição do estresse e ansiedade causada principalmente pela hospitalização e técnicas invasivas. (LEMO et al., 2016). Além disso, estabelecer o tipo de faixa etária para cada brinquedo a ser utilizado para o desenvolvimento/entendimento infantil. Outra visão do enfermeiro foi que o uso do BT promove o entendimento das necessidades, carências e sentimentos da criança, contribuindo para o enfrentamento e compreensão de novas situações diante do seu tratamento. (FRANCISCHINELLI, 2012). Nesse contexto, é de competência do enfermeiro realizar a aplicação do BT em crianças hospitalizadas junto com a família. (COFEN, 2004). A questão é que na maioria das vezes o enfermeiro não tem o tempo suficiente para a realização do uso BT em função das ações administrativas e burocráticas. Ocorrendo a falta da qualidade da assistência terapêutica aos pacientes que necessitam desse cuidado. Tendo em vista que, a consciência da criança entende esse ato como divertimento, entretenimento e descontração, fornecendo-a desopressão com relação às experiências traumáticas expostas durante o processo de hospitalização. (OLIVEIRA et al., 2016).

CONCLUSÃO: Desse modo, diante da percepção do enfermeiro o uso do BT em crianças hospitalizadas é de suma importância, pois proporciona uma melhor atenção, adaptação, compreensão e aceitação em procedimentos hospitalares permitindo um cuidado de qualidade e humanizado diante de suas necessidades. Contudo para que a prática do uso do BT aconteça em unidades de atendimentos às crianças, é necessário o apoio da gestão para promover uma reorganização do trabalho da equipe de enfermagem e recursos materiais e não materiais para uma abordagem integral ao paciente. O conhecimento do Brinquedo Terapêutico ainda consiste em um amplo campo de investigações científicas, especialmente na aplicação e na assimilação da sessão do BT e suas modalidades.

Palavras-chave: Brinquedo Terapêutico. Enfermagem Pediátrica. Jogos e Brinquedos. Hospitalização.

REFERÊNCIAS

COFEN. **Conselho Federal de Enfermagem**. Resolução n. 295/2004: Dispõe sobre a utilização da técnica do brinquedo/Brinquedo Terapêutico pelo enfermeiro na assistência à criança. Rio de Janeiro, 24 out. 2004.



FRANCISCHINELLI, A. G. B.; ALMEIDA, F. A.; FERNANDES, D. M. S. O. **Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros.** Acta paul. enferm., São Paulo , v. 25, n. 1, p. 18-23, 2012.

FREITAS, B. H. B. M.; VOLTANI, S. S. A. A. Brinquedo terapêutico em serviços de urgência e emergência pediátrica: revisão integrativa de literatura. **Cogitare Enferm.** n. 21, v. 1, p. 01-08, jan/mar, 2016.

SIMÕES JÚNIOR, J. S.; COSTA, R. M. A. A construção do brinquedo terapêutico: subsídios para o cuidar em enfermagem pediátrica. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online.** n. 2 (Ed. Supl.) p.728-731, out/dez, 2010.

LEMOS, I. C. S. et al. Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para reduzir alterações comportamentais. **Revista Cuidarte.** n. 7, v. 1, p. 1163-70, 2016.

OLIVEIRA, J. D. et al. O brincar e a criança hospitalizada: visão de enfermeiras. **Revista Baiana de Enfermagem.** Salvador, n. 4, v. 30, p. 1-8, out./dez. 2016.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Luzia Kelly Alves da Silva Nascimento
Marilândia Freitas Silva Xavier
Ruthnéya da Silva Borja Peixoto
Sandra Jaqueline da Silva Barbosa
Wellington Francisco de Oliveira
Wênia de Souza Brito Freire

INTRODUÇÃO: O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma doença crônica caracterizada pela alternância do humor entre mania e depressão. No geral, os primeiros sintomas aparecem no final da adolescência ou no início da vida adulta, entretanto, pode ocorrer ainda na infância ou quando idoso. Acomete na mesma proporção ambos os sexos na fase adulta, porém, quando em crianças apresenta maior incidência no sexo masculino. Para o tratamento foram usados os estabilizadores de humor (Lítio), com os avanços começou-se a usar os anticonvulsivantes e os antipsicóticos atípicos, visando restaurar o comportamento, controlar os sintomas e prevenir novos episódios. No entanto, a não adesão ao tratamento pode gerar mais crises depressivas, hospitalizações e até o suicídio, resultando assim, em um maior sofrimento para o paciente e seus familiares. Nesse contexto, os familiares sentem mais dificuldades para lidar com as novas crises por não conhecer a doença, nem o tratamento. Com isso, os familiares buscam suporte nos serviços de saúde mental. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), vem fortalecendo a conquista pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, que teve início ainda nos anos 70, sendo criado para ser um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, visando acolher de forma humanizada estes pacientes com transtornos mentais, mudando o conceito de exclusão dos asilos, para o da inclusão, auxiliando no tratamento tanto farmacológico como no não farmacológico envolvendo usuário, familiares e a comunidade em que vive o indivíduo, ocorrendo assim a desospitalização. Assim, a psicoeducação do paciente e da família é fundamental, uma vez que, fornece informações sobre a doença e opções de tratamento, podendo ser fornecida pelo psiquiatra ou encontros em instituições de rede pública assistencial. O paciente tem que aprender a identificar os estressores psicossociais que levam a piora ou que desencadeiam crises, deve-se também, estimular o padrão regular de trabalho, lazer e do sono. Diante de tantos avanços, é imprescindível a necessidade do enfermeiro aperfeiçoar seus conhecimentos no se refere ao Transtorno Afetivo Bipolar, para criar confiança no relacionamento enfermeiro-paciente, com propósito de desenvolver um plano terapêutico e intervenções eficazes. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi descrever as intervenções que o enfermeiro pode realizar ao portador do TAB.

METODOLOGIA: Trata-se de um relato de vivência do desenvolvimento de um plano de cuidados em uma paciente com TAB realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), localizado num município do Rio Grande do Norte, no período de 18 a 26 de abril de 2016, durante o estágio de Práticas Vivenciais do Cuidado (PVC). Para o desenvolvimento e discussão desse estudo, foi realizada buscas dos artigos na base de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), em maio de 2016, utilizando os descritores: "Transtorno Afetivo Bipolar", "Enfermagem", "Paciente" e "Intervenção". Foram localizados vinte e dois

artigos destes, após aplicados os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados (05) cinco para construção do presente estudo. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A ocorrência do TAB é mais frequente em jovens, entretanto, pode surgir em pessoas idosas. Observa-se, nessa fase, uma maior dificuldade de adesão a um tratamento eficaz e contínuo. Isto ocorre, em decorrência de fatores típicos da terceira idade como a presença de comorbidades físicas, isolamento social e perdas cognitivas.. No Centro de Atenção Psicossocial (CAPs II) no qual foi realizado o estágio curricular, foi prestado cuidados a uma paciente portadora de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), que frequenta o CAPs desde agosto de 2005. Observou-se que a paciente frequentava o serviço diariamente, com pontualidade e assiduidade, participava de acolhimento, rodas de conversa, terapias e atividades, que foram realizadas por nós e pela equipe, com os demais usuários. Pudemos intervir enquanto o enfermeiro dava orientações da administração e horários corretos de cada medicação, elaborando estratégias que facilitem a identificação de cada medicamento, como envelope de cores diferente por medicação e seus respectivos horários, evitando assim a interrupção do tratamento que possam a vir desencadear crises de descontrole emocional ou pensamento suicidas. Nas ações foram realizados jogos e brincadeiras com tema dengue. Todas essas ações têm como finalidade minimizar o dano causado pela doença e proporcionar qualidade de vida às pessoas com TAB. Os diagnósticos de enfermagem identificados foram: Interação familiar prejudicada relacionada ao transtorno psicótico evidenciado pelo afastamento da família, Insônia relacionada à depressão evidenciada por alteração no padrão do sono, risco de suicídio relacionado ao transtorno psiquiátrico, risco de autocontrole ineficaz da saúde relacionado às crises. Durante o tratamento, as pessoas nem sempre tomam os medicamentos regularmente. Com isso, são altas as taxas de não adesão ou baixa adesão, constituindo sérios problemas de saúde pública, aumentando a recorrência de mania e o desenvolvimento dos surtos. E mesmo estável, mantendo o seu tratamento farmacológico, deve-se também observar os sinais comportamentais e emocionais que possam alertar para novas crises. O Transtorno Afetivo Bipolar é um problema bioquímico, psicológico e social. Tanto o portador quanto o familiar, apresentam complicações como a irritabilidade, dificuldade de concentração, agressividade, problemas interpessoais, prejuízos no trabalho, escolar e mania, além de grande sofrimento para ambos. É um transtorno que possui tratamento, porém, muitas pessoas não reconhecem os sinais de alerta para obter ajuda imediata. É de grande importância a equipe de saúde priorizar os medicamentos que não interfiram na rotina de vida dos pacientes facilitando assim a automatização das tomadas de decisão, de forma personalizada conforme as atividades rotineiras de cada paciente, com a finalidade de evitar esquecimentos dessas medicações, principalmente, quando envolvam medicações variáveis e várias doses diárias. **CONCLUSÕES:** Diante de um quadro do transtorno bipolar é importante ter conhecimento dos sintomas, identificá-los e encaminhar para ajuda psiquiátrica. É de extrema importância que o enfermeiro saiba identificar as características de cada paciente e a forma como se manifesta a doença para propiciar uma abordagem terapêutica adequada. O estágio no CAPS foi importante, uma vez que pudemos vivenciar como é necessária a assistência de enfermagem ao paciente com TAB, buscando confiabilidade no relacionamento enfermeiro-paciente, com objetivo de elaborar um plano terapêutico individualizado, onde devem ser implementadas de maneira eficaz e humanizada as intervenções. Aprendemos a identificar momentos de crise, manias e tratamento. Essa experiência foi importante



para nossa formação profissional e nos ajudará no diagnóstico e intervenções de enfermagem.

Palavras-chave: Transtorno Afetivo Bipolar. Enfermagem. Paciente. Intervenção

REFERÊNCIAS

CANABRAVA, D. S. et al. Diagnóstico e Intervenções à Pessoa Com Transtorno Mental Com Base na Consulta de Enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 4, p. 661 – 668, 2012.

MENEZES, S. L; SOUZA, M. C. B. M. Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. **Rev. Esc. Enferm. USP (Online)**, v. 46, n. 1, p. 124 – 131, 2012.

MIASSO, A. I; CARMO, B. P; TIRAPELLI, C. R. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. **Rev. Esc. Enferm. USP (Online)**, v. 46, n. 3, p. 689 – 695, 2012.

MIASSO, A. I; CASSIANI, S. H. B; PEDRÃO, L. J. Transtorno afetivo bipolar e a ambivalência em relação à terapia medicamentosa: analisando as condições causais. **Rev. Esc. Enferm. USP (Online)**, v. 45, n. 2, p. 433 – 441, 2011.

MIASSO, A. I; MONTESCHI, M; VEDANA, K. G. G. Terapêutica Medicamentosa: Conhecimento e Dificuldades de Familiares de Pessoas Idosas com Transtorno Afetivo Bipolar. **Texto Contexto Enferm**, v. 19, n. 4, p. 709 – 718, 2010.



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO MANEJO DO CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO EM ONCOLOGIA

Andressa Mônica Gomes Fernandes
Felipe Madruga Barbosa
Heloizy Valessa Nascimento Santos
Luzia Kelly Alves da Silva Nascimento
Wendell Wesley da Silva

INTRODUÇÃO: O câncer encontra-se como uma das doenças de maior prevalência na atualidade, apresentando uma evolução crescente no número de casos no decorrer dos anos. De causas variáveis, as neoplasias caracterizam-se por um crescimento desordenado de células de um determinado tecido, e dependendo de seu estado de avanço possui a capacidade de invadir outros tecidos e órgãos constituindo assim a metástase (INCA 2016). Ao longo dos anos foram sendo desenvolvidos estudos na busca de tratamento que visavam a recuperação e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes acometidos pelo câncer, porém, mesmo com a evolução da ciência e das tecnologias médicas, as medidas terapêuticas de maior escolha são a cirurgia, a radioterapia e quimioterapia. Sendo a quimioterapia uma das medidas mais usadas, que consiste em um tratamento endovenoso onde são infundidos fármacos que são potencialmente tóxicos atingindo as células normais e as cancerígenas e provocando assim diversos efeitos colaterais, tais como: a queda de cabelo, vômito e diminuição das células de defesa. A osmolaridade elevada dos quimioterápicos afeta diretamente as células dos vasos no momento de sua administração, por esse fato a infusão de medicamentos na oncologia tende a buscar acessos venosos que não são utilizados na administração de fármacos rotineiros, havendo a necessidade de serem realizadas através de locais onde as veias possuam maior calibre e cujo epitélio vascular se encontra mais denso eliminando, assim, as chances de danificação vascular. Com a evolução da ciência e dos tipos de cateterismo venoso, foi possível a criação de materiais que auxiliaram nas terapias oncológicas, dentre eles temos o cateter totalmente implantado (CTI), “O cateter totalmente implantado vem sendo utilizado desde 1983, tornando-se essencial no tratamento de pacientes com câncer” (VASQUES, 2009). O CTI é um dispositivo de silicone implantado cirurgicamente pelo médico na região infraclavicular. Os cuidados do CTI são realizados pelo profissional enfermeiro, desde a administração da terapia até a instalação de medidas preventivas de controle de infecção. Tal procedimento necessita de um conhecimento específico do enfermeiro para sua manipulação. Nesse contexto sentiu-se o interesse em pesquisar sobre a temática surgindo assim a seguinte questão de pesquisa: quais são os cuidados de enfermagem no manuseio do cateter totalmente implantado em pacientes oncológicos? Para responder ao questionamento elaborou-se o seguinte objetivo: descrever os cuidados de enfermagem no manuseio do cateter totalmente implantado em pacientes oncológicos. **METODOLOGIA:** o presente trabalho consiste em uma revisão integrativa da literatura. Foram pesquisados artigos científicos nos bancos de dados online da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se as fontes das revistas nas bases de dados: Latino Americana de Ciências da Saúde (LILACS), da Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO). A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2017, utilizando os seguintes critérios de

inclusão: artigos que contemplavam o tema em questão; publicados na íntegra; em língua portuguesa; de forma gratuita. Sendo encontrados 23 artigos relativos ao tema, no qual foram utilizados 08 para a construção mediante os critérios de seleção.

RESULTADO E DISCUSSÕES: o cateter totalmente implantado (CTI) constitui-se como sendo um dos cateteres de longa permanência, no qual exigem do profissional responsável por sua manipulação, conhecimentos técnicos e científico específicos. Ao profissional enfermeiro é dado de forma privativa segundo a lei do exercício profissional, os cuidados mais complexos que exigem conhecimentos científico, caracterizando assim função do enfermeiro o manejo desse tipo de cateter (COREN/SC, 2015). Os cuidados de enfermagem no manuseio do CTI estão relacionados com todo o processo, desde a colocação cirúrgica até a sua retirada no fim de tratamento ou por complicações. O enfermeiro precisa aliar as boas práticas de sua manipulação, com orientação ao paciente e a família desde o período pré-operatório no que diz respeito ao autocuidado e em suas atividades diárias, fazendo-se necessário orientar que ao longo do período de permanência do cateter deverá ser seguidas orientações de sua manutenção para que o dispositivo não seja danificado (VASQUES, 2009). A punção do CTI busca ter acesso ao dispositivo interno no qual é formado de um tubo flexível feito em material de silicone, plástico ou titânio, de total segurança no tratamento oncológico, sendo utilizada para sua punção uma agulha própria denominada HUBER. No que diz respeito ao momento da punção, os artigos mostraram em sua totalidade que, o profissional deve se atentar a angulação da agulha, que deve ser de 90°, e deve ser inserida de forma lenta até ser possível sentir a ponta da agulha tocar o fundo do dispositivo, após à inserção deve-se avaliar a presença de retorno venoso. A ativação do dispositivo deve ser realizada de forma estéril, sendo necessários a antisepsia da pele e o uso de luvas estéreis. Havendo-se realizado a punção a agulha é fixada na pele com o auxílio de um curativo de material transparente para que seja possível a visualização do local de inserção, para a verificação do aparecimento de sinais flogísticos. “O objetivo do correto manejo do CVC-LP é ampliar a sobrevida do dispositivo e prevenir o surgimento de complicações” (SOUZA, 2013). O enfermeiro precisa intervir na prevenção das complicações decorrentes desse procedimento, que são o risco de infecções, a obstrução e o extravasamento das medicações. Na prevenção de infecções devem ser adotadas medidas como, manipular de forma estéril, sendo recomendado para o preparo da pele a utilização de clorexidina alcóolica e álcool 70%, como também o uso de luvas estéreis. A obstrução por fibrina, trombos e precipitação de drogas podem ser evitadas com a lavagem do cateter utilizando 20 ml de solução fisiológica regularmente seguida de heparinização do mesmo evitando o acúmulo e a coagulação sanguínea. No que diz respeito ao extravasamento, as condutas realizadas pelo enfermeiro focam-se na prevenção das causas que levam a esse acontecimento, como, a inserção e tamanho inadequados da agulha, a má fixação do curativo propiciando a mobilidade da agulha e tracionamento do equipo conectado ao cateter que são uma das principais causas de extravasamento por ruptura do cateter. Ressalta-se a importância do olhar holístico que o profissional de enfermagem precisa ter em relação aos cuidados com o cateter e a prevenção de complicações, tendo em vista que o implante do cateter não restringe o paciente oncológico a uma necessidade de estar em um ambiente hospitalar, sendo necessárias as orientações que possibilita conviver em sua rotina diária com qualidade.

CONCLUSÃO: Ressalta-se a importância do conhecimento científico do enfermeiro referente aos cuidados com o cateter totalmente implantado, tendo uma visão integral e a sensibilidade para saber que o paciente oncológico já se encontra

fragilizado por sua patologia, e que a não realização de boas práticas nos cuidados ao CTI pode levar a complicações que por vezes chegam a ser letais. E para uma consolidação de tais técnicas, as orientações para com o cliente e a família sobre o uso do dispositivo, devem ser dirigidas com o objetivo de propiciar maior conforto e segurança ao paciente. A pouca quantidade publicações científicas direcionados ao uso do CTI no auxílio no tratamento do câncer dando ênfase aos cuidados de enfermagem nesse procedimento se mostrou como sendo o maior obstáculo para a conclusão desse estudo. A importância dessa pesquisa é evidenciada através das contribuições que esse procedimento traz para o tratamento de pacientes com câncer sendo ainda necessário a investimentos em estudos que possibilitem a consolidação desse conhecimento.

Palavras-chave: Cateterismo. Cateter totalmente implantado. Enfermagem. Oncologia.

REFERÊNCIAS

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Parecer COREN-SC Nº. 013/CT/2015.** Cateter totalmente implantado: Atribuições dos profissionais de enfermagem. Santa Catarina: COREN, 2015. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Parecer-013-2015-cateter-totalmente-implantado-atribui%C3%A7%C3%B5es-dos-profissionais-de-enfermagem.pdf>>. Acesso em: 10 abr 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP 060/2013 – CT. PRCI nº 102744.** Punção de Cateter Venoso Central de Longa Permanência Port-a-cath® por profissional de Enfermagem. São Paulo: COREN, 2013. Disponível: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Parecer_060_Pun%C3%A7%C3%A3o_de_porth_cath_aprovado.pdf.

HONÓRIO, R. P.; CAETANO, J. A.; ALMEIDA, P. C. Validação de procedimentos operacionais padrão no cuidado de enfermagem de pacientes com cateter totalmente implantado. **Rev. Brasileira de Enfermagem REBEn**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 882-889, set./out. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2016:** Incidência de câncer no Brasil. 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/tabelaestados.asp?UF=BR>>. Acesso em: data??, mês??, ano???

PINTO, A. H. et al. Cateter totalmente implantado e o conhecimento da equipe de enfermagem oncológica. **Rev. De Enfermagem UFPE**, Recife, v. 9, n. 11, p. 9663-9670, nov. 2015. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6698/pdf_8788>. Acesso em: Acesso em: 10 abr 2017.

PIRES, N. N.; VASQUES, C. I. Conhecimentos de enfermeiros acerca do manuseio de cateter totalmente implantado. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 443-450, 2014.



SOUZA, G. S. et al. Manuseio de cateter central de longa permanência em pacientes portadores de câncer. **Rev. de Enfermagem do Centro Oestes Mineiro**, Minas Gerais, v. 3, n. 1, p. 577-586, Jan./Abr. 2013.

VASQUES, C. I.; REIS, P. E. D.; CARVALHO E. C. Manejo do cateter venoso central totalmente implantado em pacientes oncológicos: revisão integrativa. **Rev. ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 696-701, 2009.



A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Andressa Mônica Gomes Fernandes
Felipe Madruga Barbosa
Kathiane Patricya de Souza Oliveira
Luzia Kelly Alves da Silva Nascimento
Rafaela Costa de Medeiros
Wendell Wesley da Silva

INTRODUÇÃO: Em decorrência do crescimento da procura pelos serviços de urgência e emergência no decorrer dos últimos anos, houve a necessidade de se adotar um novo modelo organizativo na assistência, tendo em vista um atendimento acessível e igualitário para assim suprir a necessidade de quem procura o serviço. Desse modo, foram desenvolvidos sistemas de classificação de risco do qual possuem como objetivo organizar o fluxo de atendimentos, possibilitando a identificação das necessidades apresentadas pelos usuários, sendo assim, considera-se o princípio da equidade, do qual no âmbito do sistema único de saúde (SUS), é o ato de proporcionar a cada usuário ações de saúde segundo suas necessidades, ou seja, buscar dar prioridade àquele que mais precisa, simultaneamente, respeitando os direitos de todos e garantindo acesso igualitário (LINARD et. al., 2011). Em nível mundial é conhecido quatro tipos de sistemas de triagem de maior emprego no serviço que são o National triage Scale (NTS) da Austrália, Canadian emergency Department Triage and Acuity Scaly (CTAS) do Canadá, Macherter Triage System (MTS) do reino Unido e o Emergency Severity Index (ESI) dos Estados Unidos. No contexto nacional a triagem com classificação de risco é associada ao acolhimento fazendo parte das diretrizes componentes da Política Nacional de Humanização (PNH), no qual possibilita o fornecimento de tratamentos imediatos de acordo com o risco potencial, distanciando assim o sofrimento do paciente em decorrência de possível atraso no atendimento (ACOSTA; DURO; LIMA 2012). De modo geral, o processo de classificação de risco é realizado pelo enfermeiro, tendo em vista que o mesmo reúne estratégias imperativas, cujas abrangem critérios clínicos norteados para observação dos sinais e sintomas, com finalidade de efetivar escalas para análise da classificação de risco. Nesse ínterim o presente estudo visa responder à questão de pesquisa sobre: Qual a importância do enfermeiro nos sistemas de classificação de risco em urgência e emergência? Para a elaboração de uma resposta para esse questionamento este estudo possui como objetivo descrever a importância do enfermeiro nos sistemas de classificação de risco em urgência e emergência.

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. O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), por meio das bases de dados LILACS (Literatura Latino-americano do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), entre o período de outubro a novembro de 2016, utilizando os seguintes critérios de inclusão: artigos com texto completos a partir de 2010 e em português. Os critérios de exclusão: artigos disponíveis apenas em resumo, com data inferior a 2010 e em língua estrangeira. Foram identificados inicialmente 25 artigos sobre classificação de risco, onde foram selecionados 05 estudos obedecendo aos critérios de inclusão e respondiam a questão de

pesquisa. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Segundo Ministério da Saúde implantou o protocolo de acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco em 2002 pela portaria 2.048, os objetivos do acolhimento com classificação de risco são avaliar o paciente imediatamente na sua chegada ao pronto-socorro, humanizar o atendimento e, posteriormente descongestionar o pronto-socorro; reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade. A Política Nacional de Humanização (PNH) traz em seu escopo atribuição da classificação de risco ao profissional enfermeiro, considerando a ciência de que o mesmo possui a capacidade de realizar uma análise clínica do estado de saúde geral do paciente com eficácia. Silva e Teixeira (2011) designam que, o profissional de enfermagem deve fazer todo um apanhado cognitivo, psicossocial da população assistida, bem como o conhecimento das condições clínicas, para que o serviço seja ofertado de forma adequada. Para avaliação do estado de saúde do paciente, o enfermeiro coleta informações, baseando-se, principalmente, na escuta do paciente, e realiza o exame físico, a fim de identificar os sinais e sintomas possibilitando o reconhecimento de padrões normais ou alterados mediante julgamento clínico de possíveis riscos à saúde. Logo, a atuação do enfermeiro com ênfase na classificação de risco é intuitiva, pois é prevista mediante a aparência física que o paciente apresentar frente à sua condição de saúde; dispor da capacidade cognitiva é primordial para que a classificação seja efetuada com sucesso. A capacidade cognitiva do enfermeiro é uma ferramenta humana indispensável nesse processo de avaliação e deve ser inserida indispensavelmente nesse processo avaliativo, pois a realização de uma avaliação completa de todas as vertentes envolvidas na complexidade humana aumenta as precisões diagnósticas (ACOSTA; DURO; LIMA 2012). O enfermeiro no decorrer de sua formação adquire diversos conhecimentos que subsidiam sua prática e que são de extrema relevância para uma assistência de qualidade em saúde; a confiança em sua percepção é desenvolvida ao longo de sua experiência, sensibilidade e poder de observação. Respectivamente o enfermeiro integrante da classificação de risco deve ser munido de habilidades aguçadas para o bom atendimento, como por exemplo, possuir uma visão holística em sua avaliação a fim de buscar informações pertinentes para o melhor conhecimento do paciente, saber trabalhar em equipe, ter seu embasamento científico bem fundamentado para possibilitar julgamento clínico adequando para que se possa ter agilidade na tomada de decisões, como também possuir conhecimento logístico do serviço e da rede de apoio assistencial para propiciar um melhor encaminhamento ao paciente (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2011). Acredita-se que para a instalação definitiva deste método, é necessária a conscientização dos profissionais para compreender que a classificação dos pacientes corrobora para uma melhor gestão do atendimento, diminuindo assim os transtornos enfrentados no cotidiano nos serviços de urgência e emergência. **CONCLUSÃO:** O presente estudo mostrou a relevante participação do profissional enfermeiro no processo de acolhimento e classificação de riscos, destacaram acuidade da avaliação em todo contexto biopsicossocial do usuário como fator essencial para tomada de decisão no planejamento assistencial, priorizando atendimento no serviço de urgência de acordo com a gravidade evidenciada. O enfermeiro desenvolve estratégias eficientes para a demarcação de prioridades no âmbito da assistência, que envolvem o conhecimento administrativo e clínico, além da desenvoltura intuitiva aliada a comunicação efetiva junto à equipe, sobretudo, conduz o processo classificatório de risco, com vistas na redução de morbimortalidades. Ressalta-se ainda a importância do embasamento



científico para a realização adequada dessa prática, uma vez que sem esse conhecimento não se pode discernir o processo de trabalho de forma adequada.

Palavras-chave: Classificação de risco. Enfermagem. Urgência e Emergência.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A.M.; DURO, C.L.M., LIMA, M.A.D. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa.

Revista gaúcha Enfermagem, Porto Alegre – RS, v. 4, n. 33, p.181-190, 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400023>. Acesso em: 15 maio 2017.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A., MATSUDA, L. M. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em serviço hospitalar de emergência: revisão integrativa da literatura.

Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre-RS, v.4, n. 32, p.797-806, 2011.

Disponível em: <[file:///C:/Users/rios/Downloads/19905-94186-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/rios/Downloads/19905-94186-1-PB%20(2).pdf)>. Acesso em: 15 maio 2017.

BRASIL. **Humaniza SUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências, 2009.

LINARD, A.G. et al. Princípios do sistema único de saúde: Compreensão dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Revista gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre – RS, v.1, n.32, p.20-114, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100015>. Acesso em: 15 maio 2017.

SILVA, C.M.C. ; TEIXEIRA, E.R. **Exame físico e sua integralização ao processo de Enfermagem na perspectiva da complexidade**. Escola Anna Nery, v. 4, n. 15, p. 723-729, 2011. Disponível em:

< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400010>. Acesso em: 15 maio 2017.

A IMPORTÂNCIA DA FUNÇÃO DOS ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS NO TECIDO EPITELIAL: ESTUDO INTEGRATIVO

Cícero Luciano da Silva
Joyce Katiane P. S. Gomes
Karla Mayara G. Carvalho
Maria de Fátima M. Silva
Rafaela Costa de Medeiros Moura
Sheyla P. S. Oliveira

INTRODUÇÃO: A pele é o órgão mais amplo do corpo humano, sendo dividida em três camadas: a epiderme, camada mais superficial; a derme, camada intermediária e a hipoderme, camada mais profunda (LEONARDI, 2004). A integridade da pele é um importante aspecto do cuidado de enfermagem, pois possui função de proteger e relacionar o meio interno e o meio externo (MARTINS; TAPIA, 2009). Danos na pele frequentemente provocam lesões ou perda extensiva do tecido e, para restabelecer a integridade funcional, inicia um processo complexo para cicatrização da ferida o que demanda tempo do enfermeiro, assim como uma maior quantidade de recursos materiais (HATANAKA, CURI, 2007). Os crescentes estudos relacionados a compostos químicos para uso tópico nas lesões cutâneas, com a intenção de constatar o poder terapêutico curativo ou preventivo, vem se mostrando significativo. Visto que, os Ácidos Graxos Essenciais (AGE) são oriundos de óleos poli-insaturados sendo encontrados na cadeia lipídica das células dos animais e dos vegetais. Os AGE's são compostos não sintetizados endogenamente, sendo necessário estar presente na alimentação para um bom funcionamento do Organismo. (MOREIRA, 2008). O ácido linolênico e o linoleico são os principais AGE's por participarem do metabolismo e transporte de gorduras, além manter a função e integridade das membranas celulares. O ácido linoleico é o mais utilizado para uso tópico, tendo seu produto extraído das sementes do *Helianthus annuus* L. (Girassol) por conterem uma maior quantidade de ácido linoleico, chegando 69% o que promove sua alta capacidade antioxidante. (MORA, 2002; ROBANATO et al., 2016). Assim, a enfermagem, durante cuidados como a massagem de conforto e renovação de curativos, tem relevante função na utilização deste tipo de substância em clientes que apresentam integridade da pele prejudicada ou risco de integridade tissular (FERREIRA et al., 2012). Tendo em vista a escassez de estudos a cerca desse tema, e sendo os enfermeiros profissionais que atuam na prevenção e tratamento de feridas, se faz necessário pesquisas para uma maior compreensão e contribuição científica sobre o tema. Dentro desta perspectiva questionamos: Qual a importância da função dos ácidos graxos essenciais no tecido epitelial? Desta forma o presente trabalho tem como objetivo identificar a importância da função dos ácidos graxos essenciais no tecido epitelial. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa integrativa, que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos (BROOME, 2000). Consequentemente, fornecendo subsídios para a melhoria da assistência à saúde. Para (MENDES, 2008), “proporciona aos profissionais de saúde dados relevantes de um determinado assunto, em diferentes lugares e momentos, mantendo-os atualizados e facilitando as mudanças na prática clínica como consequência da pesquisa”. O estudo foi realizado em maio de 2017, através da busca

de artigos científicos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) mais especificamente nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciElo) e LILACS (literatura latino-americana e do caribe em ciência da saúde) por meio dos descritores: “ácidos graxos essenciais” “curativos” “enfermagem”. Como critérios de inclusão foram utilizados artigos disponibilizados em texto completo, em língua portuguesa, publicados nos últimos treze anos (2004 a 2016) e que estão relacionados com o tema. Já os critérios usados para exclusão foram artigos em língua estrangeira, com publicações anteriores ao ano de 2004 e que não condizem com o objeto de pesquisa. Ao final, foram selecionados oito artigos. O tratamento dos dados foi realizado por meio da descrição e análise crítica do objeto de estudo. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Através do estudo dos artigos encontrados foi possível constatar que, conforme Ferreira et al., (2012) o AGE de uso tópico previne possíveis lesões teciduais devido a sua função emoliente que proporciona alta hidratação cutânea. Sua ação ocorre formando uma camada protetora na pele dificultando a perda de água e mantendo a maciez e a elasticidade da pele. Estando associado a outro AGE como o linoleico age auxiliando regeneração tecidual. Assim, Hatanaka, Curi (2007) detectaram em suas pesquisas que este tipo de substância apresenta baixo custo sendo amplamente utilizados como barreira protetora contra microrganismos, evita a desidratação tecidual, mantém a temperatura corpórea e diminui os traumatismos teciduais. Estudos de Hatanaka, Curi (2007) inferem que o AGE possuem relevante função sobre as células do sistema imune mostram o importante caráter imunomodulador destas substâncias, além disso, sua deficiência nutricional cutânea retarda o processo cicatricial. Apesar de ter sido possível a obtenção de resultados positivos, pode-se observar que ainda existe a carência de informações sobre o uso tópico do AGE para prevenção de lesões cutâneas. Assim, o uso tópico do AGE é uma alternativa de grande influência no processo de prevenção a lesões cutâneas uma vez que sua função emoliente promove hidratação tecidual e consequentemente conforto ao paciente. A prevenção de lesões cutâneas permite que o tempo de internamento de pacientes e os gastos oriundos desta estadia hospitalar diminuam, gerando um menor sofrimento humano aos pacientes e consequentemente satisfação profissional a enfermagem diante da otimização da prevenção e regeneração cicatricial de seus pacientes. **CONCLUSÃO:** O presente trabalho trouxe esclarecimentos acerca do AGE apesar da quantidade mínima de artigos científicos encontrados acerca deste tema. É pertinente dizer que se fazem necessários maiores pesquisas e publicações a respeito dos triglicerídeos de cadeia média, tendo em vista o exposto e sabendo que é imprescindível para a indicação de um produto para a prevenção ou tratamento de uma lesão que o enfermeiro possua uma maior descrição do mesmo, sabendo que é impertinente a utilização de qualquer produto ou objeto que possam possibilitar ameaça à saúde do paciente assistido pelo profissional.

REFERÊNCIAS

BROOME ME. **Integrative literature reviews for the development of concepts.** In: Rodgers BL, Knafl KA, editors. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications.* Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000. p.231-250.



FERREIRA, Adriano Menis et al. Utilização dos ácidos graxos no tratamento de feridas: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 46, n. 3, p.752-760, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342012000300030>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000300030&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 maio 2017.

HATANAKA, Elaine; CURI, Rui. Ácidos graxos e cicatrização: uma revisão. **Rev. Bras. Farm.**, v. 88, n. 2, p. 53-58, 2007. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/PAG53a58_ACIDOSGRAXOS.pdf>. Acesso em: 08 maio 2017.

LEONARDI, Gislaine Ricci. **Cosmetologia Aplicada**. São Paulo: Medfarma, 2004.

MARTINS, Christiane Pereira; TAPIA, Carmen Elisa Villalobos. A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 62, n. 5, p.778-783, out. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672009000500023>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000500023&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 06 maio 2017.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. **Revisão integrativa**: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, Dec. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>>. Acesso em: 12 maio 2017.

MORA, Rafael J. F.. Los Lipidos. In: MORA, Rafael J. F.. **Suporte nutricional especial**. 3. ed. Bogotá: Médica Panamericana, 2002. p. 29. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=9xcMDqeWCAMC&pg=PA29&lpg=PA29&dq=GIRASSOL+11%+2%+69%+---&source=bl&ots=i-Img7c2-K&sig=qHeerJbTnBYp9Y9E_65hAwWF8tM&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiiy7ar3dbTAhVCOZAKHWm3DSIQ6AEIUTAI#v=onepage&q=GIRASSOL+11%+2%+69%+---&f=false>. Acesso em: 04 maio 2017.

MOREIRA, Júlia Dubois. **Influência da privação dietética de ácidos graxos essenciais no sistema glutamatérgico no cérebro de ratos**: parâmetros antogenéticos e neuroproteção. 2008. 66 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Bioquímica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13874/000656883.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2017.



O COMPROMETIMENTO DA SAÚDE MASCULINA RELACIONADA AOS MEDOS E TABUS NO CONTEXTO HISTÓRICO SOCIAL

Aniúska Vanessa Coutinho Germano

Bárbara Medeiros de Souza

Mariana Bento

Taciana Jacinto de Almeida

Yndhana Cecília Silva

INTRODUÇÃO: Historicamente antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 no Brasil, a saúde não era o direito garantido para toda população brasileira, entretanto, assistência era apenas prestada para trabalhadores formais ligados a sistematização da previdência social. No proceder desses 30 anos, o Ministério da Saúde (MS) unido com as Secretarias Estaduais e Municipais de saúde foram criando os programas e as políticas públicas de saúde com ênfase no processo de fortalecer, assegurar e consolidar o SUS. Em 2008 o Ministério da Saúde (MS) criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), com o propósito dentro da atenção primária a prestação de serviços e ações pautadas nas resoluções dos problemas que acometem a saúde da população masculina. E fundamental nortear as Instituições de Saúde sobre a promoção, proteção, recuperação e reabilitação que concerne à saúde do homem, o MS articulado com a PNAISH e a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) vinculada a Estratégia de Saúde da Família (ESF) unida pelo único propósito humanizar e respeitar os valores culturais e sociais com todos os usuários nos serviços de apoio a saúde. Com a criação das ESF, se tornaram instrumentos que favorecem o papel primordial para redução das taxas dos indicadores de morbidade e mortalidade masculina, com suas estratégias sustentadas pelas práticas de promoção à saúde, mediante a atuação da equipe multidisciplinar e do profissional enfermeiro no âmbito da atenção básica, é possível mencionar o elevado nível das atividades desenvolvidas direcionadas para os meios gerências, e assistências. Os indicadores relacionados à mortalidade masculina demonstram uma realidade preocupante, homens se dirigem com menor frequência aos serviços de saúde, o que justifica esta baixa adesão aos serviços são as influências históricas, culturais e sociais, tendo em vista que a prática dos cuidados à saúde não são adotadas como prioridades pelo sexo masculino, por outro lado as mulheres se dirigem adota o autocuidado e medidas preventivas com sua saúde. Mediante as descrições e os objetivos das políticas públicas de saúde do homem e a atuação do Enfermeiro junto com equipe multidisciplinar na ESF, indagou o seguinte questionamento: Qual a importância do profissional enfermeiro junto com equipe multidisciplinar no campo da atenção básica, perante os medos e tabus que comprometem a saúde masculina proporcionando a baixa adesão do homem nos serviços de saúde? O presente trabalho vem através desta pesquisa bibliográfica, descrever os desafios do profissional enfermeiro e da equipe multidisciplinar no âmbito da atenção básica na prestação da saúde do homem. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada a partir de materiais publicados como livros, artigos de periódicos disponibilizados na internet (KAURK et al. 2010). A pesquisa foi realizada no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no período de 12 a 14 dezembro de 2016, na revista LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), para a seleção dos artigos científicos foram inseridos os critérios de inclusão como anos de publicação, língua portuguesa, e os critérios exclusão artigos em

língua inglesa, teses, dissertação e periódicos publicados com intervalo menor que 10 anos mediante a seleção dos artigos foram feita a leitura aprofundada relacionado ao tema que conduzia o objetivo da pesquisa. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Atualmente os estudos vêm abordando a relação do homem com sua saúde, destacando as influências do gênero e o contexto social no qual estão inseridos, corroborando e afetando o seguimento das gerações que englobam as três fases da vida a adolescência, vida adulta e estendendo-se até a terceira idade, Além disso, é possível identificar os impactos que os fatores de riscos como tabagismos, sedentarismo, obesidade e alcoolismo vão comprometendo a saúde masculina. A deficiência do autocuidado são justificados e evidenciados pela relação dos indicadores elevados de morbidade masculina e o perfil da masculinidade hegemônica. Ressalta-se que, os motivos que direcionam a população masculina e sua baixa adesão nos serviços de saúde estão relacionados pelas causas como: ausência no ambiente de trabalho, o contexto histórico social, falha de comprometimento com a saúde, temor ao adoecimento e a possível dependência dos familiares. Os homens são mais vulneráveis para contrair doenças do que as mulheres são evidentes pelo seu estereótipo de gênero, seu comportamento, sua herança cultural, a desvalorização pelos cuidados com sua saúde, e a baixa procura pelo serviço de saúde e participação das atividades preventivas. É importante destacar que, os homens buscam de maneira exclusiva as práticas curativas, quando são relacionadas pela sintomatologia das patologias instaladas como, as dores que possam prejudicar seu convívio social, principalmente com ambiente de trabalho recorrendo pela busca de fármacos para minimizar os efeitos dos sintomas. Constatou-se sobre as necessidades dos serviços de saúde, desenvolver uma assistência fidedigna direcionada a saúde masculina, começando-se pela implantação da equipe multidisciplinar capacitada, que proporcionará no meio assistencial a visão autêntica, conforme as necessidades abordadas e identificadas pelo público masculino. Outra forma colaborativa são as estruturas físicas, insumos e os atendimentos qualificados. Na conjuntura sobre as dificuldades e os desafios vivenciados pela atenção primária, é de extrema importância que as ações e campanhas educativas em saúde incluam as mudanças de hábitos para uma vida saudável, sejam envolvendo toda população, principalmente os homens. Certamente as redes de apoio à saúde devem promover medidas preventivas que vão estimular os homens sobre o alto cuidado e que envolva os cuidados à saúde desmistificando a resolução apenas embasada na visão curativa. A propósito da visão dos enfermeiros quanto a finalidade e a importância da PNAISH, alegam um fator preocupante, a lacuna de educação permanente e conhecimento dos profissionais sobre a política relacionada à saúde do homem, é importante destacar sobre a importância e a implantação da PNAISH, que viabilizam mudanças nos dados epidemiológicos atrelados à saúde do homem, é de extrema importância a educação permanente realizada pelos enfermeiros junto com a equipe multidisciplinar para melhorias no âmbito assistencial. Na tocante, reflexão é primordial a relação e o apoio da equipe de saúde, mas a atuação do enfermeiro nos serviços de saúde, a sua visão leva como o artifício e a construção no meio assistencial as características e as peculiares sobre o contexto da saúde masculina, que não basta modificar o cenário ou o meio estrutural, mas que envolvam o espírito acolhedor e a visão holística e integral com usuário (ALBUQUERQUE et al., 2014). **CONCLUSÃO:** Considerando-se o contexto histórico relacionado à construção e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e a criação das políticas públicas na atenção básica direcionada para grupos específicos, é característica peculiar e importante salientar os desafios vivenciados pela equipe

multidisciplinar da atenção básica. Nesse sentido é possível identificar as dificuldades e os desafios que os profissionais enfermeiros vivenciam no meio assistencial para desenvolver suas atividades educativas relacionadas à PNIASH. Duas classes de fatores contribuem para as dificuldades, a primeira relacionada à resistência advindas da população masculina e o segundo fator relacionado aos déficits que incluem o meio estrutural e a formação do profissional que ressaltam apenas a visão curativista. Entretanto, exercer a PNIASH e levar em consideração os critérios como os dados epidemiológicos, comprometimento e atualização da equipe multidisciplinar, a visão crítica e reflexiva, humanescência, acolhimento e o envolvimento de toda comunidade principalmente, o público masculino são importantes para a eficácia das ações de caráter preventivas e educativas em saúde.

Palavras- chaves: Enfermagem. Atenção Primária. Saúde do homem.

REFERÊNCIAS

ALBURQUERQUE, Grayce Alencar et al. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. Escola Ana Nery, **Revista de Enfermagem**, v.18, p.607-614, out-dez, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0607.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

AGUIAR; Ricardo Saraiva, et al. A percepção do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família Sobre a Saúde do Homem. **Revista Enferm. Cent. O. Min**, v.5, p.1844-1854, set/dez, 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/872>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

ARAÚJO, Mércio Gabriel de et al. Opinião de profissionais sobre a efetivação da política Nacional de Atenção à Saúde do homem. Escola Ana Nery, **Revista de Enfermagem**, v.18, p. 682-689, out-d
ez, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0682.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

PEREIRA, Leonardo Peixoto; NERY, Adriana Alves. Planejamento, gestão e Ações a saúde do homem na estratégia de saúde da família. Escola Ana Nery, **Revista de Enfermagem**, v.18, p.635-643, out-dez, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0635.pdf>>. Acesso em: 12 dez.2016.



CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Ana Karyllyne da Silva Costa
Calebe de Medeiros Costa
Eliana André do Nascimento Félix
Felipe Jairo Rebouças
Rafaela Costa de Medeiros Moura
Thaynã Fonseca Pereira

INTRODUÇÃO: A maternidade é um período de grandes mudanças físicas e psicológicas nas mulheres, entre essas podemos citar a ansiedade e perspectiva em como será o parto e suas peculiaridades. Assim, o parto era realizado no meio familiar, respeitando seu curso natural sem a utilização de mecanismo que acelerassem esse processo. No entanto, com o passar do tempo, houveram significativas mudanças na forma de conceber um filho, como os tipos de partos que podem ser cesáreo, fórceps, natural; a presença de um profissional capacitado médico e/ou enfermeiro obstetra; a utilização de técnica séptica; medicamentos e manobras que ajudam acelerar o parto bem como a inserção de tecnologias. Toda essa conjuntura contribuiu para a desumanização do parto e, conseqüentemente, para a violência obstétrica (SANFELICE et al., 2014). Logo, a violência obstétrica é considerada qualquer atitude desrespeitosa, desumanizadas, além de negligência e maus tratos contra a parturiente e o recém-nascido que possa provocar danos e/ou sofrimento psíquico e físico, essas atitudes perpassam todos os níveis de assistência, estando presente no atendimento à mulher que está no pré-parto; parto e pós-parto, pelos profissionais da saúde (AGUIAR et al., 2013). Desta forma, ao observar esse contexto de violência obstétrica, há uma necessidade de modificar essa realidade, humanizando a assistência a parturiente, o que inclui mudanças na ambiência e também no trabalho do profissional de saúde, principalmente o enfermeiro. Por essa razão, o ministério da saúde traz como estratégia a implantação da rede cegonha a qual tem como intuito o atendimento humanizado as gestantes reduzindo a mortalidade materna e neonatal, a busca do direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada ao parto, abortamento e puerpério (SILVA et al., 2014). Vale ressaltar, a importância da equipe de enfermagem em realizar a humanização na assistência, na medida em que busca estabelecer um vínculo profissional-paciente, respeitando a individualidade da mulher, tranquilizando-a durante o trabalho de parto e emponderando-a sobre seus direitos (AGUIAR et al., 2013). Nessa perspectiva, o interesse pela temática surgiu com primeiro contato com a unidade programática Saúde da Mulher, o que incentivou o grupo aprofundar mais os conhecimentos sobre a temática. Por conseguinte, o estudo levantou o seguinte questionamento de pesquisa: Como se encontram os cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica? A luz dessa questão de pesquisa delineou-se como objetivo identificar os cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de revisão de literatura, que é um processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica realizado em abril e maio de 2017, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) mais especificamente na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) utilizando-se os descritores em ciências da saúde (DeCs): “violência obstétrica” “enfermagem” e “gestação”. Os critérios de inclusão foram artigos

publicados na íntegra, em língua portuguesa e que contribuíram com questão proposta. Os critérios de exclusão dos artigos foram: que não corresponderam a questão norteadora, disponíveis em língua estrangeira, ano de publicação anterior a 2013 e disponíveis apenas em resumo. Ao final, foram incluídos 9 artigos de 32 pesquisados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: O enfermeiro, para prevenir a ocorrência da violência obstétrica, deve pôr em sua assistência a prática do acolhimento, que de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) evidencia-se em receber cordialmente e de forma respeitosa a usuária que necessita dos cuidados de saúde, devendo o enfermeiro responsabilizar-se pela mulher de forma integral, não ditando regras, mas ouvindo suas queixas e permitindo que a mesma externalize suas preocupações. Deve ainda prestar orientações à família e garantir a continuidade dos serviços de saúde para a efetivação do cuidado (BRASIL, 2011, 2014 apud RODRIGUES et al., 2015). O parto pode ser visto para muitas mulheres como um momento de angústia, pois muitas vezes, ao entrar na instituição de saúde elas passa a não ter controle da situação tornando o momento imprevisível e fora do seu contexto familiar. Dessa forma, o enfermeiro obstetra, por ser o profissional da saúde mais próximo da mulher, deve participar do parto reduzindo intervenções de saúde desnecessárias e garantindo, assim, um cuidado integral a mulher e a família. (SILVA et al., 2011; CARVALHO et al., 2010 apud MARCELINO, 2014). Segundo a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde, a enfermagem obstétrica é a categoria profissional mais preparada para a mudança das práticas de violência e consolidação de uma assistência segura ao processo de parto e nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; OMS, 1996 apud MARCELINO, 2014). A enfermagem a fim de realizar boas práticas obstétricas deve: Explicar para a paciente de maneira que ela entenda a situação do trabalho de parto e do parto; evitar procedimentos invasivos; procurar ouvir a paciente e trabalhando a interdisciplinaridade; promover a paciente o direito de acompanhante; garantir o acesso ao leito e uma assistência pautada na equidade; orientar a mulher acerca dos direitos relacionados a maternidade (DINIZ, 2010 apud MARCELINO, 2014). Dentro desta perspectiva, faz-se necessário que haja mudança na assistência, buscando a promoção da humanização, ainda com relação aos cuidados de enfermagem para evitar a ocorrência da violência obstétrica, destaca-se que o enfermeiro deve trabalhar para oferecer um ambiente limpo e alegre, proporcionando conforto para as parturientes, valorizando, assim, a essência humana e respeitando suas emoções de forma a não negligenciar ou desvalorizá-la durante o parto. Além disso, o enfermeiro deve assegurar o acesso ao atendimento digno para a gestante conhecer a unidade em que terá seu parto realizado e a garantia de um atendimento humanizado (BRASIL, 2002 apud FRANCISCO, 2016). De acordo com Bentes, Melo e Martins (2016) apud Soares (2016), a equipe de enfermagem deve oferecer condições para que a mulher sintam-se à vontade, além de encorajá-la para momentos de dor durante o parto; garantir o máximo de privacidade individual para cada gestante utilizando biombos/divisórias entre as camas nas salas de dilatação; procurar ofertar um horário flexível para entrega da alimentação; garantir banho com água corrente e com sabão e roupas conforme ela desejar usar; garantir um suporte contínuo, boa comunicação e atendimento mais gentil a ela durante o trabalho de parto e após o nascimento. É importante que o enfermeiro possa conversar com gentileza e frequentemente com a mulher, transmitindo confiança, segurança e mostrar que é um profissional humanizado; perguntar para parturiente, quando foi a última vez que ela comeu e bebeu algo, qual foi o último medicamento que tomou nas últimas horas, que posição gostaria de adaptar

durante o parto (deitada de costas, ajoelhada, etc.) e se ela ainda tem alguma dúvida ou preocupações/medo sobre o trabalho de parto; dar informações sobre os sinais e sintomas das fases do trabalho de parto e como aliviá-los, a evolução do trabalho de parto e pré -parto (aumento da intensidade e frequência das contrações, o tempo e intervalos para cada exame/ausculta fetal em cada 30min e 30 min, possíveis posições para o parto, cuidados imediatos com o recém-nascido) e sempre tentar esclarecer suas possíveis dúvidas. Deve também conversar sobre o seu plano de aleitamento materno ou artificial (principalmente para as mães HIV+) e dar conselhos de suporte para que elas consigam dar o melhor para seu bebê e ela juntamente, mas sempre tentando atender os critérios de acessibilidade, viabilidade, segurança nutricional e sustentabilidade além de estimular a deambulação antes do parto e após o parto. **CONCLUSÃO:** Para prevenir a violência obstétrica, as instituições de saúde e os profissionais, principalmente o enfermeiro, devem acolher a mulher, seus familiares e o recém-nascido com dignidade, respeito para que se crie um ambiente que proporcione a autonomia da mulher e esta se sinta protagonista de seu parto.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaina Marques de et al.. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde.** Cad. de Saúde Pública. v.29, n.11, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>> Acesso em: 04 maio 2017.

FRANCISCO, Sacha Santos Orzechowski. **Humanização No Centro Obstétrico.** 18 f, Curso Técnico em Enfermagem- Escola GHC, Instituto Federal de educação, ciência e tecnologia do Rio Grande do Sul: Campus porto alegre, 2016.

RODRIGUES, Diego Pereira et. al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Esc Ana Nery.** v. 19, n. 4, p. 614-620 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf> > Acesso em: 04 maio 2017.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene.** v 15, n 2, p 362- 70, 2014. Disponível em<<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3170>. >Acesso em: 04 maio 2017.

SILVA, Michelle Gonçalves da et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista Rene.** v 15, n 4, p 720-8, 2014. Disponível em<<http://periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/1121>> Acesso em: 04 maio 2017.

BENEFÍCIOS DO USO DA TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA EM FERIDAS

Andressa Mônica Gomes Fernandes
Flavia Danielli Silvestre Albano
Luzia Kelly Alves da Silva Nascimento
Tatiene Oliveira da Costa

INTRODUÇÃO: No Brasil a Terapia por Pressão Negativa (TPN) foi descrita inicialmente por Argenta e Morykwas em 1997, e tornou-se ferramenta importante e eficaz no combate à infecção de feridas, pois age de forma tópica com baixo índice de complicações. A avaliação desse sistema iniciou-se em São Paulo, pela Disciplina de Cirurgia Plástica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em 2001, inicialmente no tratamento de feridas complexas como úlceras por pressão, úlceras venosas e pé diabético, que são lesões crônicas com presença de tecido desvitalizado e dificuldade de formar um bom leito da lesão para receber um enxerto (CUELLAR et al., 2016). A Terapia por Pressão Negativa (TPN) que se baseia em um tratamento a vácuo aplicado por dispositivos mecânicos e está sendo utilizada para facilitar o fechamento de ferimentos extensos e profundos, considerado o uso desse dispositivo um dos grandes avanços nos tratamentos de feridas. Seu efeito principal é promover a cicatrização avançada, tornando-se a melhor forma de lidar com uma ferida crônica tendo como efeito importante desbridar os tecidos desvitalizados. O papel do enfermeiro nessa terapia é auxiliar na assistência ao paciente aplicando a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) e assim seguir cada etapa de forma a direcionar sua equipe para o manejo adequado com eficiência e garantir uma manipulação asséptica, bem como fazer a monitorização para possíveis complicações, manter a pressurização do sistema de acordo com o recomendado, observar intolerância da pele, devido as trocas de curativos frequentes, fazer a troca de curativo entre três e sete dias e tratar as lesões, visando a diminuição dos riscos e agravos que venham a ser adquiridos através das formas inadequadas de tratamento, e assim eliminar qualquer e possíveis infecções e promover o conforto e o bem estar adequado do paciente e assim obter bons resultados. Sendo assim, para que o resultado final seja positivo o papel da enfermagem é de extrema importância (SILVA et al., 2015). Por ser uma técnica inovadora no tratamento de feridas surgiu o interesse em pesquisar sobre a temática surgindo a seguinte pergunta de pesquisa: Quais os benefícios para o uso da terapia de pressão negativa em feridas?. **OBJETIVO:** Descrever os benefícios para o uso da terapia por pressão negativa em feridas. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre o uso da terapia de pressão negativa em feridas. Realizou-se busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, na Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, os dados foram coletados a partir do mês de outubro de 2016 a abril de 2017. Foram utilizados como descritores: Cicatrização de Feridas, Enfermagem, pressão negativa, feridas e tratamento. Foram definidos como critérios de inclusão os artigos indexados na referida base de dados, em forma de texto completo no idioma português, referencias publicadas nos últimos 7 anos e que respondessem as questões de pesquisa, sendo excluídos os artigos disponíveis na forma de resumo, publicados em outros idiomas e aqueles que não respondessem aos questionamentos da pesquisa. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 10

artigos que fizeram parte da amostra desta revisão. **RESULTADOS:** O uso da terapia por pressão negativa tem sido divulgado há vários anos na literatura, demonstrando os efeitos benéficos que o tratamento a vácuo promove nas estruturas dérmicas. As várias feridas encontradas frequentemente na prática clínica são feridas causadas por traumas ou intervenções cirúrgicas, conhecidas por feridas agudas, ou aquelas feridas que não evoluem espontaneamente para a cicatrização, recebem o nome de feridas crônicas. Quando não é possível o fechamento da ferida definitivamente, seja pelas condições clínicas do paciente ou pela complexidade da ferida, a Terapia por Pressão Negativa, promove uma cobertura temporária do local, facilitando maior taxa de sucesso no tratamento final. O uso dessa modalidade pode ser recomendado para todos os tipos de feridas crônicas e agudas para acelerar o processo de cicatrização, pois promove a estimulação da granulação, dentre outros benefícios. Esse tratamento vem sendo cada vez mais utilizado também para a diminuição do tempo de maturação de Matrizes de Regeneração Dérmica (MRD), e a grande vantagem, é que acelera o processo de revascularização associando-se a redução de edemas, e com isto, minimizando as taxas de infecção, e aumentando a velocidade do fechamento da ferida (FEREIRA et al., 2013). O tratamento com sistema a vácuo tem se tornado importante para minimizar o tempo de internação hospitalar, pois diminui o edema tecidual, além de auxiliar no controle da colonização de bacteriana e ajudar na visualização de eventuais tecidos desvitalizados, facilitando a obtenção de uma ferida limpa. A Terapia por Pressão Negativa também proporciona um conforto adequado para o paciente diminuindo a dor na ferida entre as trocas de curativos (MILCHESKI (A) et al., 2013; CONDUTA et al., 2012). Nos pacientes em pós-operatório, pode ser observada uma boa mobilização nos movimentos corporais, pois a pressão negativa promove estabilidade das estruturas abaixo desse curativo, e através dessa mobilização é oferecido o maior conforto no pós-operatório, tendo uma boa aceitação e adesão a esse tratamento. Em um estudo, foram analisados 1927 pacientes internados, com diagnóstico de feridas complexas e atendidas pela disciplina de cirurgia plástica, no período de 2006 a 2010, esse estudo contou que associado ao tratamento cirúrgico à utilização da terapia por pressão negativa nos pacientes com enxertos de pele e retalhos mostrou-se eficaz para o tratamento das feridas. Os autores acreditam que a forma com que as feridas se evoluem diminuem o tempo de internação hospitalar e como consequência disso diminuem também os custos do tratamento, havendo uma grande economia e tornando-se um bom recurso para os gestores de saúde, por ser de grande prevalência na atenção básica e hospitalar, as feridas são consideradas um grande problema de saúde pública (COUTRO et al., 2011). A qualidade e a importância da terapia por pressão negativa afirmada nos estudos pelos autores são bastante significativas e dizem ainda que a tendência atual e que esperam é que o acesso a esse método terapêutico seja de grande abrangência, favorecendo os pacientes com feridas extensas (MILCHESKI (B) et al., 2013). **CONCLUSÃO:** A terapia por pressão negativa oferece muitas vantagens para o tratamento de feridas, reduzindo o número de casos de internação hospitalar e assim proporcionando o conforto e o bem estar do paciente e com isto melhorando sua qualidade de vida. Espera-se que o presente estudo possa contribuir no conhecimento dos profissionais da enfermagem sobre a importância da terapia por pressão negativa, no tratamento de lesões aguda ou crônicas. A enfermagem tem papel fundamental para uma boa viabilidade desse tratamento é importante salientar que o enfermeiro como profissional de saúde tem a função de auxiliar na prática de ações educativas, orientando e atuando no processo do tratamento das feridas e oferecendo uma assistência eficaz em vistas a



resolução do processo de cicatrização, evitando assim complicações e promovendo segurança e conforto ao paciente.

Palavras-chave: Cicatrização de Feridas. Enfermagem. Pressão negativa. Feridas e tratamento.

REFERÊNCIAS

COLTRO, P. S, et al. **Atuação da cirurgia plástica no tratamento de feridas complexas.** Ver. Col. Bras.Cir, v. 38 n. 8 p. 381-386, SP. São Paulo 2011.

CONDUTA, Jonhnny Leandro et al.. Uso de matriz dérmica associado ao curativo por pressão negativa na abordagem da contratura em pacientes queimados. **Rev. Bras. Cir. Plast**, v. 27 n. 3, p. 369-373, SP. São Paulo.

CUELLAR, K.P. S, et al.. Fatores que influenciam na resposta à terapia de pressão negativa (TPN) nas feridas de pacientes do Hospital Universitário de Neiva. **Revista de pesquisa, cuidado é fundamental online.** v. 8, n.(1), p. 4015-4025, Rio de jan./mar. 2016.

FERREIRA, M. C.; PAGGIARO, A. O. Terapia por pressão negativa-vácuo, **Rev. Med.** v.89 n.(3/4), p. 142-6, São Paulo, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46288/49944.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2016.

MILCHESKI(B), D. A, et al. Uso da terapia por pressão subatmosférica em feridas traumáticas agudas. **Rev. Col. Bras. Cir**, v.40, n. 5, p. 392-397, SP. São Paulo, 2013.

SILVA, A.A. et al. Assistência de enfermagem no tratamento de feridas por terapia de pressão subatmosférica (VAC) na UTI. **Revista de Cuidados em Saúde.** p. 1-4, Rio de Janeiro, 2015.

CÂNCER DE PELE NÃO MELANOMA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Andressa Mônica Gomes Fernandes

Brenda Ariel Pereira Da Silva

Isabela Silva Do Vale

Nádia Cruz Das Chagas Miranda

INTRODUÇÃO: Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (INCA). Essas células geralmente tendem a ser muito agressivas, com isso há uma intensa produção de novas células mutantes dificultando o controle. Há vários tipos de câncer existentes, eles correspondem a vários tipos de células presentes no nosso corpo e sua nomenclatura é correspondente a cada parte infectada. A sua multiplicação também é diferenciada, a chamada metástase é a capacidade de a célula migrar para outros tecidos e órgãos infectando assim novos tecidos. O câncer pode ser adquirido por vários fatores presentes no nosso cotidiano geralmente podendo ser evitado ou se diagnosticado com antecedência há uma grande probabilidade de cura, entre os fatores estão o tabagismo, alcoolismo, exposição excessiva aos raios solares, radiações, fatores genéticos, hereditariedade entre outros. O melanoma ocorre quando as células produtoras dos pigmentos que dão cor à pele tornam-se cancerígenas, já o não melanoma que é o mais comum entre os cânceres geralmente é basocelular ou epidermoide sendo ambas estruturas que dão origem localizados na epiderme, como sabemos a pele é o maior órgão do corpo humano sendo assim eles podem manifestarem-se em várias partes do corpo, os locais de mais prevalência para esse tipo de aparição é normalmente no rosto, braços, orelhas, lábios e pescoço. O motivo da execução deste estudo surgiu devido o desejo de informar as pessoas do que se trata e como se prevenir do câncer de pele não melanoma. Diante disso, foi elaborada a seguinte questão, quais os benefícios para o paciente na prevenção e realização do autoexame do câncer de pele não melanoma? O objetivo do trabalho é descrever sobre o câncer de pele não melanoma.

METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura a respeito ao tema, onde foi realizada busca nas bases de dados na SciELO - Scientific Electronic Library Online e na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS e no site do INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA). As informações foram coletadas entre os meses de Fevereiro de 2016 a Maio de 2017. Para a realização desta pesquisa foram realizados cruzamentos para a busca dos artigos com os seguintes descritores (DeCS): Carcinoma, câncer de pele, melanoma. Foram encontradas 12 publicações que foram e selecionados 5 artigos para discutir após a leitura de forma crítica, exploratória e organizada. Os critérios de inclusão foram: artigos em idioma português, em textos completos em PDF, ano de publicação de 2008-2017. Excluindo-se artigos em língua estrangeira inglês e espanhol, e que estivesse disponível apenas em resumo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: O câncer de pele não melanoma é o câncer mais frequente no Brasil e corresponde a 25% de todos os tumores malignos registrados no país, apresenta altos percentuais de cura, se for detectado precocemente. Entre os tumores de pele, o tipo não melanoma é o de maior incidência e mais baixa mortalidade sendo mais comum em pessoas com mais de 40 anos, sendo relativamente rara em crianças e negros, com exceção daqueles já portadores de doenças cutâneas anteriores, pessoas de pele clara, sensível à ação dos

raios solares, ou com doenças de pele prévias são as principais vítimas. A estimativa de novos casos no Brasil em 2016 segundo o Instituto Nacional de Câncer- INCA é de 175.760 sendo 80.850 em homens e 94.910 em mulheres. Já a taxa de mortalidade mais recente computada é de 2013 do Sistema de Informações de Mortalidade - SIM é de 1.769 casos sendo 1000 em homens e 769 em mulheres, estima-se que esse valor tenha aumentado gradativamente com o passar dos anos. O câncer de pele não melanoma pode apresentar dois tipos de diagnóstico. O Carcinoma Basocelular é diagnosticado através de uma lesão (ferida ou nódulo), e apresenta evolução lenta. O Carcinoma Epidermoide também surge por meio de uma ferida, porém, evolui rapidamente e vem acompanhado de secreção e coceira. A maior gravidade do Carcinoma Epidermoide se deve à possibilidade dele apresentar metástase. Os tumores de pele estão relacionados a alguns fatores de risco, principalmente, à exposição por raios ultravioletas do sol. Pessoas que trabalham sob exposições direta ao sol são mais vulneráveis ao câncer de pele não melanoma. O autoexame é uma ferramenta muito importante para o diagnóstico ao fazer o autoexame regularmente, você deve se familiarizar com a superfície normal da sua pele. É útil anotar as datas e a aparência da pele em cada exame. Os sintomas são diversos e entre eles estão manchas pruriginosas, descamativas ou que sangram, sinais ou pintas que mudam de tamanho, forma e cor, feridas que não cicatrizam em quatro semanas, todos esses sinais exigem atenção. O ABCD da transformação é muito importante para analisar a evolução da mancha na pele começando na assimetria uma metade diferente da outra, bordas irregulares, contorno mal definido, cor variável, várias cores numa mesma lesão: preta, castanho, branca, avermelhada ou azul e o diâmetro, maior que 6mm, todas essas características ajudam a identificar a progressão de uma mancha saudável para um melanoma. Como prevenção pode evitar exposição ao sol das 10h às 16h e utilizar sempre filtros solares com fator de proteção 15 ou mais, além de chapéus, guarda-sol, e óculos escuros. Outros fatores de riscos são a exposição a agentes químicos, arsênico, e a radiação ionizante, processo irritativo crônico em longo prazo. Esse tipo de câncer é mais comum em adultos, com picos de incidência por volta dos 40 anos, porém, com a constante exposição de jovens aos raios solares excessivamente, a média de idade dos pacientes vem diminuindo. **CONCLUSÃO:** O câncer de pele não melanoma é de grande incidência no Brasil e tem uma taxa de mortalidade relativamente alta, mas tratados precocemente tem grandes chances de cura, também que o autoexame tem uma grande importância fazendo com que o câncer seja detectado em um estágio menos avançado, as formas de prevenção são simples e eficazes e podem ser utilizadas no dia a dia sem prejudicar a rotina, pois em estágios já avançados pode causar desconforto diante da aparência, pois tem mais possibilidade de aparecerem na região do rosto, pescoço, braços. A maneira de evitar o câncer de pele é reduzir a exposição ao sol e o uso do protetor solar de grau adequado.

Palavras-chave: Carcinoma. Câncer de pele. Melanoma.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer**. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer.

_____. Ministério da Saúde. **Câncer de Pele não-melanoma**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_ao_melanoma>. Acesso em: 03 mar. 2016.

GAGLIARDI, Ivan C.; SOUZA, Rubens M.L; ALVES, Maria A.S. **Fotoexposição e Fatores de Risco para Câncer de Pele**: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. 2010, p. 173-177.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>>. Acesso em: 02 maio 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA/MS) PRÓ-ONCO. **O que é Câncer**. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 11 maio 2017 .

POPIM, Regina C. et al. Câncer de Pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco da cidade de Botucatu. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2008, p. 1331-1335.



ASSISTÊNCIA DE SAÚDE DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBerdade: UMA ANÁLISE INTEGRATIVA SOBRE OS FATORES DE RISCO E A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Aniuska Vanessa Coutinho Germano
Danzia Rose Nogueira Arcanjo
Dayane Nayara do Nascimento
Layze Caroline de Oliveira Santos
Marileide Cavalcante do Nascimento
Rafaella Karine Silva de Moura

INTRODUÇÃO: Segundo Pedrosa (2005), a saúde é um direito fundamental, inscrito na Constituição Brasileira, e deve ser compreendida como o resultado do processo e das relações sociais que garantem maior ou menor qualidade de vida para uma população. Não pode, portanto, ser encarada como a ausência de doenças. A qualidade de vida é entendida, aqui, como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, representando um conjunto integrado de acesso a recursos sociais e de atendimento a necessidades pessoais e comunitárias. Esse enfoque exige que os sistemas de saúde trabalhem, obrigatoriamente, cumprindo os princípios da integralidade e articulando as ações de assistência às políticas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. No que se refere à área da saúde da mulher, para alcançar a integralidade como diretriz, é indispensável transformação da tradicional abordagem fundamentada em aspectos ligados às questões anatomofisiológicas, a fim de atender as necessidades direcionadas às peculiaridades de gênero, considerando as características individuais e comunitárias, o contexto social e cultural ao qual a mesma está inserida, com foco na melhoria da qualidade de vida (PEDROSA, 2005). Percebe-se, que a política da saúde da mulher não conseguiu estabelecer uma atenção ampliada e direcionada a esses grupos, principalmente ao que se refere à mulher em situação de prisão, onde suas reais necessidades não são alcançadas (PEDROSA, 2005). Em virtude disso, o País instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), por meio da PORTARIA INTERMINISTERIAL nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, com o objetivo de prover um cuidado integral à saúde da população penitenciária, subsidiando serviços em saúde que assegurem a garantia do direito à cidadania, logo, dos direitos humanos. Para que se possam atender as necessidades de saúde dessas mulheres, é preciso entender, conhecer e refletir sobre as suas condições de vida. Nesse contexto, é indispensável à compreensão e discussão dos profissionais de saúde que atendem esse público feminino, pois, as mesmas pertencem a grupos vulneráveis para doenças e agravos ao estado de saúde. Nesse interim surge a pergunta que norteia o trabalho: Em que condições de saúde encontram-se as mulheres privadas de liberdade? **OBJETIVO:** O objetivo do trabalho foi conhecer a situação de saúde, fatores de risco e principais agravos da mulher privada de liberdade em unidades prisionais. **METODOLOGIA:** O presente estudo baseou-se em uma revisão bibliográfica, com abordagem integrativa. Para Mendes (2008, p.??) “A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos”. A pesquisa foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2017, foram achados 6 artigos selecionados com os critérios de inclusão: artigos com aderência ao objetivo do

estudo, pesquisados entre 2012 a 2017, e os manuais de instrução do Ministério da Saúde do Brasil. Para o levantamento do material científico em bases de dados virtuais BIREME e BEDENF, foram utilizados os descritores: enfermagem; prisão e saúde da mulher. Após elencar os materiais adequados, as informações foram analisadas e os resultados discutidos com vistas ao alcance do objetivo do estudo. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Segundo Moreira e Souza (2014), o crescimento da população encarcerada, no geral, é um fenômeno concreto. Embora as mulheres representem uma pequena parcela dessa população, tal indicador vem aumentando desde o ano 2000, quando representavam 5%. Hoje, são mais de 12%. Além disso, alguns entraves são percebidos no sistema prisional, a exemplo de questões ligadas à infraestrutura, parte jurídica, educacional, social, religiosa e saúde, que, segundo a Lei de Execuções Penais (LEP), constitui obrigação do Estado. De acordo com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), buscou-se concretizar os serviços de saúde para que o público feminino em situação de cárcere tivesse acesso às ações, o que, a priori, era defendido pela Lei de Execução Penal n. 7.210/84, pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis n. 8.080 e 8.142/90, que conta com a participação do estado e da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvendo as estratégias do cuidado para as mulheres. No entanto, verifica-se, uma ineficiência ou inexistência de ações efetivas para a população encarcerada diante do proposto na legislação brasileira, o que se diz respeito ao público feminino. A precariedade do Sistema Penitenciário feminino refere-se às condições físicas degradantes nas cadeias, inexistência de vagas causando superlotação, insalubridade (falta de água, água contaminada, tubulações quebradas e enferrujadas, provocando vazamentos), a violência institucional, com uso de práticas de tortura, e péssima ou inexistentes serviços em saúde. As mulheres-mães são as mais afetadas, pois, são submetidas a passar os nove meses de gestação até a hora do parto e amamentação, em um ambiente inadequado não só para elas como também para seus filhos. As mulheres, ao vivenciarem a gravidez dentro do presídio, estão mais propensas a experimentarem sentimentos de preocupação, dúvidas, tristeza e medo quanto à saúde do bebê, pela falta de assistência pré-natal, e quanto ao ambiente prisional, devido à estrutura para atender suas necessidades. A assistência à saúde destinada a essas mulheres é deficitária e muitas vezes não ocorre, colocando em risco a vida do bebê e da própria mãe, sendo esta uma realidade preocupante na saúde pública. Diversos riscos à gestação na unidade prisional são relatados pelas detentas, incluindo abuso e dependência de álcool e outras drogas, também considerados comportamentos de risco para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e infecção pelo HIV. O uso demasiado de álcool, maconha e cocaína foram relatados por cerca de 50% da população (MIRANDA; VARGAS; VIANA, 2004). Observa-se a ocorrência de doenças crônicas e infecciosas de diversos graus de severidade e de complexidade em sua identificação e manejo clínico. Em conformidade a isso, percebe-se ainda, a importância de dispor nos presídios uma equipe multidisciplinar, a fim de garantir uma assistência integral e não apenas um atendimento de caráter curativo. A assistência de Enfermagem é prestada a essas mulheres dentro das possibilidades. Os enfermeiros tentam dar a mínima condição de saúde, pois os presídios ainda são descaso no Brasil. Dessa forma, evidencia-se que o número de Enfermeiros seja desproporcional ao número de detentas nos presídios, o que dificulta na prestação de uma assistência de qualidade. Discuti das dificuldades estruturais expostas no estudo para o sistema carcerário, o enfermeiro enfrenta limitações na execução de suas atividades; o exemplo disso, a consulta ginecológica somada à realização da citologia oncótica. Os estudos

apontam que a mulher presa tem direito à assistência a saúde, respeitadas as peculiaridades da sua condição feminina, porém ainda é mínima a eficiência. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nesse âmbito devem ser garantidas a essas mulheres uma assistência de saúde de qualidade, serviços que ofereçam atendimento ambulatorial, hospitalar e odontológico. Somado a isso, estratégias de saúde devem ser utilizadas para a população carcerária feminina, articulando também serviços voltados ao controle do câncer do colo de útero e de mama, diagnóstico, aconselhamento e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, à violência contra a mulher, à atenção no período de idade reprodutiva, pré-natal e climatério, à contracepção, ao exercício da maternidade assistida, entre outras. Destarte, valem mencionar o valioso perfil profissional do Enfermeiro no âmbito da prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, consumada na integralidade da assistência como está proposto na Lei 8.080/90. Sem dúvidas, a equipe multidisciplinar torna-se indispensável no que se refere ao atendimento às prerrogativas da Política de Saúde da Mulher, que orienta atender àquelas em vulnerabilidade, como é o caso das mulheres privadas de liberdade. Promover a saúde, prevenir doenças dentro dos presídios é louvável, significa olhar além das aparências, despir-se de preconceitos, acreditar no ser humano e no seu potencial de mudanças. Estudos na área de Saúde Prisional são relevantes para melhor atender ao público citado na pesquisa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 7.210. de 11 de julho de 1984. Presidência da República Casa Civil. MOREIRA, M.; SOUZA, H.. **Vivências de mulheres aprisionadas acerca das ações de saúde prestadas no sistema penitenciário.** O mundo da saúde, São Paulo, 2014.

MENDES, K.; SILVEIRA, R.; GALVAO, C.. **Revisão integrativa:** método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, Dec. 2008. Disponível em: < <http://www.seabd.bco.ufscar.br/referencia/pesquisa-bibliografica-1/o-que-e-revisao-integrativa>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

MINAYO, M; RIBEIRO, A.; Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, 2016.

MIRANDA, A.; MERÇON-DE-VARGAS, P.; VIANA, M.; Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 255-260, 2004.

PEDROSA, M.; Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 3, p. 72-80, 2005.

SILVA, E.. Atenção à saúde da mulher em situação prisional. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 4, n. 2, p. 160-172, 2013.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONFORTO DA DOR EM PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERAS VENOSAS

Ana Mariza De Andrade Ataíde
Daniel Almeida De Oliveira
Felipe Madruga Barbosa
Flávio Canindé Oliveira.
Karolina de Moura Manso da Rocha
Wendell Wesley Da Silva

INTRODUÇÃO: As úlceras são uma das patologias de grande importância para a saúde pública, tendo em vista o alto índice de morbidade gerado por esse tipo de lesão, e o tempo e recursos que são investidos em seu tratamento. Esse tipo de ferimento se apresenta como lesões cutâneas de formas irregulares que podem ser únicas ou múltiplas de tamanhos e localizações diversas, sendo possível o rompimento desde a camada mais superficial da pele até a mais profunda, e em casos mais avançados expor massa óssea. Acometem com maior prevalência os membros inferiores, na região maleolar e posterior da perna. Dos casos de úlceras tratados no sistema de saúde, cerca de 70% a 90% se apresentam como sendo de origem venosa, tendo como principal causa a insuficiência venosa crônica (IVC), que se trata de uma deficiência das válvulas venosas ocasionando uma hipertensão venosa, que é uma diminuição do retorno sanguíneo necessário, de forma total ou parcial, levando o tecido ao não fornecimento de suprimento nutricional e de oxigênio necessário para a manutenção tecidual. As principais características é o odor, vermelhidão, edema ao redor da própria lesão que pode ser apresentado com tecidos de granulação, bordas elevadas e em casos acentuados a presença de necrose. Dentre os sintomas ocasionados pelas úlceras venosas, a dor encontra-se como sendo o principal transtorno, no qual interfere nas atividades diárias, e em casos mais avançados onde não é tida uma intervenção adequada pode ocasionar o imobilismo do indivíduo, interferindo diretamente na qualidade de vida. Nesse interm o presente trabalho visa responder à questão de pesquisa sobre quais as ações e medidas não farmacológicas para o controle e alívio da dor em pacientes portadores de úlceras venosas.

METODOLOGIA: trata-se de uma revisão de bibliografia do tipo narrativa, que consiste em uma análise crítica da literatura disponível sem ser muito criteriosa em sua busca, apresentando uma temática mais aberta. Foram pesquisados artigos científicos nos bancos de dados on-line da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se as fontes das revistas Latino Americana de Ciências da Saúde (LILACS), da Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO). A coleta de dados foi realizada no mês de abril e maio de 2017, utilizando os como critérios de inclusão: artigos que contemplavam o tema em questão; publicados em língua portuguesa; e no período dos últimos cinco anos, disponíveis na íntegra. E os critérios de exclusão utilizados foram: artigos disponíveis apenas em resumo, de forma paga, não disponível em Português, inferior ao ano de 2012, e que não correspondesse à temática abordada. Sendo encontrados 30 artigos relativos ao tema, no qual foram utilizados 05 para a construção mediante os critérios de seleção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

os tratamentos clínicos utilizados por trato de pacientes portadores de úlceras venosas em sua maioria possuem uma visão centrada no reestabelecimento circulatório do membro afetado, não apenas com enfoque a não reabertura da lesão mais também para o controle e estabilização da dor. Essas manobras constituem as chamadas técnicas compressivas, tais técnicas consistem em realizar uma compressa na região onde a circulação está prejudicada auxiliando as bombas musculares que são constituídas pelos músculos gastrocnêmio e sólio, popularmente conhecida como músculos da panturrilha, favorecendo o retorno venoso e diminuindo os efeitos do aumento da pressão hidrostática intravascular. Para esse fim são utilizadas em prevalência as meias de compressão e as bandagens que são fabricadas em tecido elástico, com recomendação do uso diário, principalmente nas atividades cotidianas. Ambas as técnicas devem ser acompanhadas com repouso, no qual o paciente deve promover uma elevação dos membros inferiores, no qual além de auxiliar o retorno venoso promove um alívio na sensação de dor. Concomitantemente, o controle alimentar também se torna um aliado tanto para o controle da dor, como na cicatrização e nos fatores que potencializam os transtornos circulatórios pelo fato de muitos alimentos serem tidos como inflamáveis, por possuírem em sua composição nutrientes que mediam a liberação de moléculas químicas precursoras da inflamação, como os alimentos ricos em ômega 6, entretanto, alimentos compostos por gorduras do grupo ômega 3 favorecem a diminuição da inflamação dado o motivo de serem substâncias anti-inflamatória, a ingestão desses alimentos por sua vez proporciona uma maior resposta sistêmica para o reparo tecidual e o controle da dor. Vários pacientes relatam que a dor tende a aumentar durante o período da troca de curativos, o que deixava ainda pior esse momento, uma das propostas de intervenção utilizadas para contornar essa situação, são as técnicas complementares, técnicas essas que como o próprio nome diz, visam complementar o tratamento. Embora essas técnicas não interfiram diretamente no conforto da dor, elas proporcionam uma distração no momento da realização de procedimentos nas feridas. Dentre as várias técnicas complementares existentes, a aromaterapia e a musicoterapia que apresentam boas respostas dos pacientes no que diz respeito à diminuição da sensação dolorosa. Na aromaterapia o ambiente é perfumado com óleos essenciais que estimulam junto com os sons calmos de escolha e agrado do paciente referentes a musicoterapia, uma mudança de foco do paciente, causando um relaxamento e o diminuição da dor no decorrer e após o procedimento de troca do curativo. No que se diz respeito à utilização e instrumentos para a evolução da reconstrução tecidual, estudos mostram a potencialidade terapêutica da utilização do laser terapia, com a utilização de ondas de baixa frequência que não possuem efeito destrutivo. As ondas emitidas por esse tipo de técnica influenciam na liberação de beta-endorfinas, que são substâncias responsáveis em bloquear a ação dos mediadores da dor, propiciando assim o seu controle, elevação do aporte sanguíneo, diminuição da inflamação e drenagem de edemas. Além dos fatores físicos e biológicos que recebem interferência proveniente da dor, os pacientes com ulceração do tipo venosa, tendem a desencadear problemas e suas relações sócias e emocionais, uma vez que a dor o afasta do convívio social. Os mesmos tendem a se recluírem ao pouco conforto que encontram em casa, nesse interim, as rodas de conversas e grupos que promovam atividades que busquem a reintegração social, que entra como um ponto de extrema ajuda no combate às consequências de se viver com dor, e assim promovendo a extinção dos estigmas que envolvem essa patologia. Esse ponto releva a importância de se ter um olhar holístico e multifatorial pelos profissionais de enfermagem, no qual traz para o indivíduo uma assistência que

supra as diversas necessidades apresentadas pelo mesmo, dando-lhe o direito a viver bem e com mais qualidade. **CONCLUSÃO:** mediante os resultados analisados, as técnicas não farmacológicas utilizadas no manejo da dor em pacientes portadores de úlcera venosa, incluem as técnicas compressivas que são as meias de compressão e bandagens, as técnicas complementares que buscam relaxar o paciente e promover um estado emocional mais tranquilo e retirar o foco da dor, o envolvimento do laser terapia de baixa frequência promove a liberação de beta endorfina para inibir a sensação dolorosa e as manobras de reintegração social que auxiliam na readaptação psicossocial e ajudam o paciente em sua auto aceitação e o reintegrando ao meio onde vive. Nesse ínterim, é possível controlar os sintomas promovendo assim uma melhor qualidade de vida para o paciente. Compreende-se ainda de forma clara, a importância do cuidado de enfermagem no manejo da dor dos pacientes acometidos pelas úlceras venosas, e para que isso aconteça o enfermeiro precisa estar sensível para identificar todo e qualquer tipo de necessidade apresentada pelo paciente com dor, para assim fornecer uma melhor assistência.

Palavras-chave: Úlceras venosa. Enfermagem. Dor.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, R. O. et al.. Impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária. **Aquichan**, Colômbia, v. 16, n. 1, p. 56-66. 2016.
- BUDÓ, M. et al.. Úlcera venosa, índice tornozelo braço e dor nas pessoas com úlcera venosa em assistência no ambulatório de angiologia. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v. 5, n. 3, p. 1794-1804, set/dez. 2015.
- LIBERATO, S. M. D. et al. A enfermagem no manejo da dor em pessoas com úlceras venosas: revisão integrativa. **Rev. Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4109- 4120, abr./jun. 2016.
- SALVETTI, M. G. et al. Prevalência de dor e fatores associados em pacientes com úlcera venosa. **Revista Dor**. São Paulo. v. 15, n. 1, pag. 17-20, jan./mar. 2014.
- SILVA, Daniel. S; HAHN, Giselda. V. Cuidados com Úlceras venosas: realidade do Brasil e Portugal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, 2012, Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-24671>>. Acesso em: 01 maio 2017.

A INCLUSÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA REDE BÁSICA DE SAÚDE COMO MELHORIAS NA COMPREENSÃO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Aniúska Vanessa Coutinho Germano

Bárbara Medeiros de Souza

Mariana Bento

Taciana Jacinto de Almeida

Yndhana Cecília Silva

INTRODUÇÃO: Na conjuntura histórica das práticas de cuidados que vem acompanhando a humanidade, e possível fazer a retrospectiva que há milhares de anos os cuidados exercidos não eram denominados como profissão e não era ligado a sistema de saúde, simplesmente estes cuidados eram desenvolvidos perante as questões de ordem familiares e amizade diante a inter-relação entre indivíduos (Schveitzer et al., 2012). Para Junges et al. (2011) menciona que a sistematização da assistência á saúde sempre apresentou características embasada no modelo biomédico, que seu foco é no processo da doença e a cura denominadas com parâmetros biológicos. É possível interpretar a relação vertical entre o profissional médico e usuário, excluindo os determinantes psicossociais e culturais, como contribuição para o diagnóstico terapêutico. Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e a concretização da Atenção Primária em Saúde (APS) com ênfase na articulação dos demais sistemas de saúde, estão sustentados pelos recursos organizativos, não apenas como uma assistência básica, mas de caráter especializado (LIMA et al. 2016). O Ministério da Saúde (MS) diante da implementação e organização da atenção básica, conforme os princípios do SUS, surgem a Estratégia Saúde da Família (ESF), com ênfase na assistência envolvendo os usuários e comunidade, através realizações de ações contínua e integral de forma contínua e integral, a inclusão das práticas integrativas e complementares na atenção primária, estabelecida pelo SUS por volta de 2006, objetivando desenvolver as técnicas e práticas terapêuticas no âmbito da atenção básica. Conforme a Portaria 971 GM/MS, de maio de 2006, que assegura as Práticas Complementares e Saúde, pela sistematização do SUS, deverão ser inseridas a medicina Tradicional Chinesa, Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fototerapia, Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia (BRASIL, 2017; SOUSA et al., 2012). Mediante as orientações e recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) com os países para aderir às práticas complementares e saúde, mas há controvérsias como: a lenta efetivação das práticas com os usuários, outro fator é o uso das tecnologias dura, direcionadas aos usuários e realizadas pelos profissionais, que esquecem a questão da humanização e os erros iatrogênicos: As PICS são norteadas pela visão holística dos profissionais direcionadas aos usuários, que envolve toda parte física e as energias que fazem parte do conjunto do corpo (SANTOS, TESSER 2012, PARANAGUÁI et al., 2009). Mediante as descrições sobre as inclusões das práticas integrativas complementares, no âmbito do Sistema Único de Saúde, surge como questão de pesquisa Qual a importância das PICS no meio assistencial? O objetivo foi delinear a importância dessas tecnologias leves, que são as PICS, nos serviços de saúde.

METODOLOGIA: A pesquisa refere-se a revisão bibliográfica que, conforme Marconi e Lakatos (2003) é definida como revisão que busca pelos periódicos, artigos, dissertação, tese, livros manuais e protocolos publicados na internet. O desenvolvimento

da pesquisa iniciou-se no período de Abril a Maio de 2017, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), para seleção 12 artigos e um manual do ministério da saúde foram utilizados os critérios inclusão como: anos de publicação, referente há cinco anos, língua portuguesa, e os descritores de ciências da saúde, Atenção Primária, Enfermagem, Terapias Complementares e o critérios de exclusão teses, dissertações e artigos em língua inglesa foram selecionados 9 artigos científicos e uma manual do Ministério da Saúde que abrangia a temática. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A Política Nacional Práticas Integrativas Complementares (PNPIC), estimula através das terapias, como modelo de acolhimento, a integração dos usuários e o contexto ambiente e sociedade com ênfase nas medidas preventivas e a reabilitação do homem (BRASIL, 2006). Os estudos evidenciam a inclusão e ampliação das PICS no âmbito da Atenção básica somando-se com apoio da equipe multidisciplinar por meio do desenvolvimento das atividades terapêuticas, levando em consideração a singularidade de cada usuário, avaliando e empregando possíveis intervenções cabíveis, conforme as características peculiares no processo de saúde-doença (SCHVEITZE et al., 2012). As enfermidades que acomete o indivíduo nem sempre são originadas por fatores de ordem externa, seu desencadeamento pode ser pela deficiência da estrutura física e a emocional, derivando o artifício da saúde e doenças, entretanto, a inclusão das PICS na atenção básica envolve critérios como conhecimento e o processo de compreensão tanto dos profissionais quanto dos usuários, resultando o diálogo positivo mediante a visão holística humanescente e o acolhimento (PARANAGUÁ et al., 2009; NEVES et al., 2012). Por outro lado Santos e Tesser (2012) destacam que, as PICS não dependem de meios de tecnologias duras, são recursos terapêuticos simples e de baixo custo financeiro, demonstrando eficácia igual ou maior no processo de prevenção do adoecimento do usuário, levando em consideração a construção e inovação na medicina que respeita a autonomia e singularidade do paciente e não visa apenas à medida curativista. Recomenda-se que, na realização das PICS os profissionais atentem-se as reações adversas, toxicidades e interação com os usuários, mesmo sendo definidas como medidas com menor grau de agressividade podem ocorrer os efeitos iatrogênicos diante dessas reações adversas merecem uma atenção minuciosa e criteriosa e fazendo a conexão dos conhecimentos nativos e científicos, porém outra realidade preocupante no exercício da profissional são as atitudes dos profissionais que desqualifica os valores do conhecimento não científico, possivelmente essas atitudes causam bloqueio nos usuários, porque ficam comprometidos por normas e diagnósticos terapêuticos sendo impossibilitados de expressar suas características diferenciadas perante os conhecimentos sobre o processo saúde-doença (JUNGES et al., 2011, SOUSA et al., 2012). Portanto, o comprometimento dos profissionais, gestores, usuários e as políticas que asseguram o acesso as PICS, na Atenção Primária a Saúde, são de extrema importância para a coparticipação e assim possam ter uma visão crítica-reflexiva, no âmbito assistencial, avaliando os resultados e as possíveis mudanças no cenário da saúde para melhorias das PICS (SANTOS e TESSER, 2012). **CONCLUSÃO:** Sabe se que a rede de atenção básica de saúde denominada como porta de acesso dos usuários nos serviços de saúde, é importante ressaltar que, os profissionais vejam o meio assistencial através do holismo, abrangendo todos os aspectos sócios e biológicos que fazem parte da vida dos usuários. Para assistência fidedigna nos serviços de saúde, não se pode resumir apenas com os mecanismos insumos, estruturas físicas, tecnologias duras é necessária a realização de educação permanente com os profissionais, e que utilizem as tecnologias leves como as práticas integrativas complementares na saúde,



porque através dessas tecnologias leves e de baixo custo financeiro, pode-se evoluir a relação entre profissionais e usuários. As PICS buscam as interações entre usuários, profissionais e a natureza onde é evidenciadas as medidas preventivas, reabilitação e a cura, conforme as necessidades fisiológica, emocional e social. Diante do cenário saúde, as PICS surgem como tecnologias complementares, exigindo valorização por parte dos profissionais, gestores e usuários.

Palavras- chaves: Atenção Primária. Enfermagem. Terapias Complementares.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Ministério da saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2006.

JUNGES, José Roque et al. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n11, p.4327-4335, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a05v16n11.pdf> >. Acesso em: 12 abr. 2017.

NEVES, Rosália Garcia et al. O conhecimento dos profissionais de saúde acerca do uso de terapias complementares no contexto da atenção básica. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental Online**, v.4, n 3 p. 2502-09, jul./set, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140124> >. Acesso em: 12 abr. 2017.

PARANAGUÁI; Thatianny Tanferri Brito de et al. As práticas integrativas na estratégia saúde da Família: visão dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.75-0, jan/mar; 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600005> Acesso em: 12 abr. 2017.

SOUSA; Islândia Maria Carvalho et al. **Práticas Integrativas e complementares:** oferta e produção de atendimentos no SUS em municípios selecionados. Caderno saúde pública, Rio de Janeiro, v. 28, n11, p. 243-254, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n11/14.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.11, p.3011-3024, 2012. . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100018>. Acesso em: 12 abr. 2017.

SCHVEITZER, Mariana Cabral et al.. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 442-451, 2012. Disponível em: < http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/95/6.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2017.



THIAGO, Sônia de Castro S.; TESSER, Charles Dalcanale. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p.249-57, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp>>. Acesso em: 10 abr. 2017.



ATUALIZAÇÕES EM LESÕES POR PRESSÃO: CONHECER PARA CUIDAR

Cícero Luciano da Silva
Joyce Katiane P. Silva Gomes
Karla Mayara Gonçalves de Carvalho
Maria de Fátima Moura
Rafaela Costa de Medeiros Moura
Sheyla Priscylla Silva Oliveira

INTRODUÇÃO: A National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), anunciou em 2016 a mudança na terminologia “Úlcera por pressão” por “Lesão por pressão”(LPP) e os estágios do sistema de classificação, acreditando que a nova terminologia descreveria de forma mais precisa a lesão. A NPUAP considera que Lesão por Pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada a uso de dispositivo médico ou a outro artefato. Isso leva a isquemia local, edema, início do processo inflamatório e por fim, morte celular. A NPUAP fundamentou-se em estudos realizados em diversos países, inclusive no Brasil. Desta forma visando uma assistência de qualidade, se faz necessário a atualização dos profissionais de saúde a apropriação a cerca deste importante tema. Dentro desta perspectiva questionamos: Qual a importância de conhecer a nova nomenclatura de lesão por Pressão? E objetivou-se apresentar a nova nomenclatura de Lesão por Pressão e seus estágios. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada em maio de 2017, primeiramente a partir da leitura e interpretação do Guia de Classificação das Lesões por Pressão – Consenso NPUAP 2016 – Adaptada Culturalmente para o Brasil e por meio da pesquisa de artigos científicos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciElo) e LILACS (literatura latino-americana e do caribe em ciência da saúde) por meio dos descritores: enfermagem; lesão por pressão; assistência. Como critérios de inclusão foram utilizados artigos disponibilizados em texto completo, em língua portuguesa, publicados nos últimos 9 anos (2008 a 2017) e que estão relacionados com o tema. Já os critérios usados para exclusão foram artigos que não condizem com o objeto de pesquisa. Ao final, foram selecionados 3 artigos. O tratamento dos dados foi realizado por meio da descrição e análise crítica do objeto de estudo. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A LPP pode apresentar-se como pele intacta ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa (SOBEST; NPUAP, 2016). Ocorre como um resultado de intensa e/ou prolongada pressão ou de pressão combinada com cisalhamento. E partindo desta definição foi possível apresentar mudanças na nomenclatura de Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão, alterou os algarismos romanos para algarismos arábicos, modificou a classificação das lesões por pressão (LPP) e adicionou duas novas definições de Lesão por Pressão: Lesão por Pressão Relacionada a artefato Médico e Lesão por pressão em membrana mucosa. No Protocolo antigo do NPUAP, o Estágio 1 e a Lesão Tissular Profunda descreviam lesões em pele íntegra enquanto as outras categorias descreviam lesões abertas. “Isso levou a uma confusão, porque as definições para cada uma das etapas se referiam às lesões como “úlceras de pressão”, confirma a NPUAP, 2016. O novo sistema de classificação atualizado inclui as seguintes definições: **Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece** e que pode

parecer diferente em pele de cor escura. Pode ainda apresentar eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo. **Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.** O leito da ferida é viável, a coloração pode ser rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. **Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total** na qual a gordura é visível e, frequentemente, o tecido de granulação estão presentes, outra característica é que as bordas da lesão se encontram enroladas. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas podem desenvolver lesões profundas, ocorrer descolamento e túneis. Não ocorre exposição das camadas mais profundas, nem do tecido ósseo. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável. **Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular** com exposição ou de camadas mais profundas (fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso). Esfacelo e /ou escara pode estar visível. **Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível** na qual a extensão da injúria tissular não pode ser Estadiável porque está necrosado, encoberto pelo esfacelo ou escara. Após a realização do debridamento é possível estadiar a Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4. Não é indicada a remoção de Escara seca, aderente, sem eritema ou flutuação em membro isquêmico ou no calcâneo. **Lesão por Pressão Tissular Profunda:** Pele íntegra ou não, com área localizada e persistente. De descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. A evolução da ferida pode ocorrer rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4. **Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico.** A terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão. **Lesão por Pressão em Membranas Mucosas.** Encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas. A avaliação dos riscos para desenvolver a lesão por pressão é através da escala de Braden, sendo fortemente utilizado no dia a dia da enfermagem. Esse tipo de lesão se tornou uma das complicações mais frequentes em pacientes hospitalizados, necessitando de uma atenção maior para aperfeiçoar a prevenção, e otimizar as intervenções de enfermagem. Conforme Moro et al.,(2007) algumas dessas intervenções para auxiliar a prevenção, como: avaliação do grau de risco através de criação de protocolos individuais, mudança de decúbito, proteção de saliências ósseas, massagem de conforto, higienização correta e hidratação constante, registro das alterações da pele do paciente seguindo os estágios de classificação das lesões por pressão proposto pela NPUAP em 2016. **CONCLUSÃO:** O presente



trabalho trouxe esclarecimentos a cerca da atualização da nomenclatura das Lesões por Pressão, tema tão constante na assistência de enfermagem. Apesar da escassez de artigos científicos encontrados, possivelmente justificados pela novidade do tema. É de extrema relevância dizer que se faz necessário maiores pesquisas e publicações a respeito do das LPP. Tendo em vista o exposto, e sabendo que a revisão da nomenclatura das Lesões por Pressão e seus estágios contribui para melhor detecção, classificação, prevenção e tratamento desse agravado, contribuindo para segurança do paciente e qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

MEDEIROS, Adriana Bessa Fernandes; LOPES, Consuelo Helena Aires de Freitas; JORGE, Maria Salete Bessa. **Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros.** 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100029&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 maio 2017.

MORAES, J.T; BORGES, E.L; LISBOA, C.R; CORDEIRO, D.C.O; ROSA,E.G; ROCHA, N.A. **Conceito e Classificação de Lesão por Pressão:** Atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel Concept and rating of Pressure Injury: Update of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Concepto y Clasificación de Lesión por Presión: Actualización del National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Enferm. Cent. O.* v.62, p. 2292-2306, 2016.

MORO. Adriana et al.. Avaliação dos pacientes portadores de lesão por pressão internados em hospital geral. **Rev Assoc Med Bras**, v. 53, n.4, p.300-4, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v53n4/12.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2017.

ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR: HISTÓRICO, CRESCIMENTO E SUA RELEVÂNCIA NA SAÚDE ATUAL

Fábio Mikael Fernandes Ferreira
Geylane Teixeira de Melo
Joyce Vitória da Silva Cacho
Luzia Kelly Alves da Silva Nascimento

INTRODUÇÃO: O APH (Assistência pré- hospitalar) é um modelo de atendimento eficaz que revolucionou a área da urgência e emergência no que tange uma das facetas mais importantes do atendimento emergencial que é a assistência fornecida no ambiente extra- hospitalar. O Ministério da Saúde afirma que a assistência pré-hospitalar pode ser definido como o atendimento prestado em um primeiro nível de atenção, ou seja, na chegada ao local, observando os portadores de quadros agudos, com possibilidade ou constatação de trauma, transtornos psicológicos e de natureza clínica, que são atendidos fora do hospital e o retardo à assistência pode acarretar sequelas irreversíveis ou até mesmo a morte (RAMOS, 2005). Esse primeiro atendimento prestado ainda no local do acidente tem sido imprescindível e resolutivo, pois equipes multiprofissionais são capacitadas para ofertar um atendimento de qualidade e principalmente com agilidade a fim de que a vítima seja admitida pelo setor de urgência e emergência do hospital o mais estável possível. Diante disto, a Resolução nº. 1.529/98 tem finalidade de tornar a classe médica responsável pela regulação dos serviços de APH, deixando estabelecido quais profissionais estariam aptos a atuar no APH (oriundos e não oriundos da área da saúde), bem como a formação mínima necessária para esses que fazem parte da equipe, explicitando, inclusive, o conteúdo programático curricular para atender a cada categoria. Essa resolução demarcou melhor os limites de cada profissional e ofereceu ao serviço de APH uma maior segurança jurídica acerca dos procedimentos realizados, onde cada membro da equipe está respaldado pelo seu regimento, realizando apenas o que lhes cabe. A presença de uma assistência qualificada na cena do acidente, uma abordagem adequada, o transporte e a chegada rápida ao hospital são fatores fundamentais para que a taxa de sobrevivência aumente. Sabendo que este serviço é vital no processo de manutenção da vida, viu-se a necessidade da realização dessa pesquisa para mostrar o processo histórico da APH, seu crescimento e relevância para a saúde da população em geral, a fim de contribuir para o conhecimento de acadêmicos e profissionais. **OBJETIVO:** Descrever a evolução do atendimento pré- hospitalar. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura que é uma forma de pesquisa que utiliza fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisa de outros autores, com o objetivo de fundamentar teoricamente um determinado tema. Foi realizada busca na BVS - Biblioteca Virtual em Saúde, nas respectivas bases de dados: Lilacs e Scielo. Para a busca foram empregados os descritores: Assistência pré- hospitalar, Urgências Médicas, Urgência e Emergência. Foram encontrados 46 artigos escritos nos últimos dez anos com diferentes idiomas. Como critérios de inclusão utilizou-se artigos completos e com escrita na língua portuguesa. Os critérios de exclusão foram artigos disponíveis em resumo e em língua estrangeira (inglês e espanhol). O total utilizado foi de 05 artigos para construção deste material. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O APH é o serviço mais eficaz e resolutivo de assistência primária fora do ambiente hospitalar, pois atua de maneira sistematizada e contínua dentro dos territórios de sua jurisdição. De acordo com Martins

(2003) essa abordagem à vítima ainda no local do acidente já é utilizada aqui no Brasil desde 1893, com uma lei que estabelecia o socorro médico em via pública no Rio de Janeiro. Foi percebido na Guerra do Vietnã que a presença de socorristas nos campos de batalha reduzia significativamente o número de mortos e consequentemente aumentava os índices de sobrevivência dos soldados feridos. Desde então, os países têm aderido ao modelo de APH e o Brasil aderiu oficialmente no ano de 1989 ao criar o serviço de atendimento às emergências médicas. Na década de 90 o conselho de medicina viu a necessidade de questionar o serviço de APH ofertado pelo corpo de bombeiros, alegando que o mesmo dispunha apenas de socorristas e que não possuíam respaldo legal para prestar atendimentos mais complexos, lhes cabendo apenas os atendimentos básicos no suporte básico de saúde. Vista à relevância social, criaram-se normas para a melhor sedimentação dos serviços geridos pelos governos e também para os privados de atenção às urgências, assim como a iniciativa de também desenvolver estratégias de promoção da saúde, a constante pesquisa para identificação do que é determinante e condicionante no que tange as urgências de qualquer natureza. O Ministério da Saúde publicou, em 2003, a Portaria nº 1.863, instituindo a Política Nacional de Atenção às Urgências, que define, dentre outras demandas necessárias, a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências, o estabelecimento de um componente pré-hospitalar, unidades não hospitalares de atendimento às urgências; a criação de um serviço pré-hospitalar móvel, hoje, representado pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e também os serviços associados de salvamento e resgate, sob a regulação médica de urgências. Os objetivos do atendimento pré-hospitalar só podem ser alcançados quando a equipe toda está devidamente capacitada, tendo habilidade técnica e conhecimento científico profundo para reconhecer as variáveis envolvidas no processo de trauma, podendo assim estar seguro para realizar corretamente as intervenções pertinentes na cena do acidente (BRASIL, 2003). Ainda que o atendimento precise ser rápido e pontual, o profissional deve estar atento em sempre manter o olhar humanizado. A visão holística do ser vivo deve ser levada em consideração em qualquer nível de atendimento, tendo como base a Política Nacional de Humanização e os protocolos atualizados que sistematizam toda a dinâmica laboral da equipe de APH. **CONCLUSÃO:** O APH é produto de um processo histórico em que foi tornando-se cada vez mais importante para a sociedade, e perpetuado através de manuais, protocolos e políticas de incentivo e manutenção desse modelo de atendimento. Consolidou-se devido seu poder de resolubilidade na assistência extra-hospitalar, sendo uma prática que exige de seus profissionais um conhecimento aprimorado, capacidade de lidar com situações estressantes e uma visão ampliada de raciocínio crítico e clínico. Este trabalho pretende contribuir para a compreensão acerca da evolução do modelo de APH e dos benefícios que trouxe para a sociedade, estimulando sempre o pensamento reflexivo para que novas lacunas sejam criadas e respondidas.

Palavras-chave: Assistência pré-hospitalar. Urgências Médicas. Urgência e Emergência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1864 GM/MS, de 29 de setembro 2003. **Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de**



Urgência em municípios e regiões todo o território brasileiro: SAMU-192. Diário Oficial da União, Brasília: out. 2003. Seção 1; 57-9.

_____. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 2048/GM em 05 de novembro de 2002: **Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.** Brasília, 2002.

_____. Conselho Federal de Medicina (CFM). **Resolução N° 1529/98 de 28 de agosto de 1998.** Normatiza a atividade médica na Área da Urgência-Emergência na fase de Atendimento Pré-Hospitalar. Brasília, 1998.

MARTINS, P.P.S.; PRADO, M.L. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira Enfermagem.** Brasília, v. 56, n.1, jan./fev. 2003.

RAMOS, V.O.; SANNA, M.C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira Enfermagem.** Brasília, v.58, n.3, mai./jun. 2005.

RIBEIRO, K.P. **O enfermeiro no serviço de atendimento ao politraumatizado.** In: Freire E. Trauma: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu; p. 499-508; 2000.

VARGAS, D.. Atendimento Pré-Hospitalar: a Formação Específica do Enfermeiro na Área e as Dificuldades Encontradas no Início da Carreira. **Revista Paulista de Enfermagem.** v.25 p.38-43, 2006.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PUÉRPERA COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Jacyara de Oliveira Ferreira
Jeandiego Simplício de Sousa Costa
Juliana Pereira de Lima da Rocha
Karolina de Moura Manso da Rocha

INTRODUÇÃO: As discussões sobre os transtornos mentais são cada vez mais frequentes, dentre eles um que atinge as mulheres é a depressão pós-parto (DPP), uma patologia que pode afetar o desenvolvimento infantil, a relação do binômio mãe e filho em longo prazo e a saúde de todos os membros da família, envolvidos diretamente neste processo. O momento do nascimento de um bebê é culturalmente associado à alegria, porém para a mulher acometida com DPP não segue esse padrão pré-estabelecido, pois, desenvolve um sentimento de culpa por não conseguir vivenciar a alegria e plenitude devido ao medo, tristeza, angústia e incompreensão. Vários sintomas de depressão podem ser observados nas primeiras semanas após o parto, dentre eles a obsessão de prestar cuidados intensivos à saúde do recém-nascido (RN) e desarmonia entre a interação entre ela e o filho. Dentre os principais problemas advindos da depressão pós-parto está o abandono precoce do aleitamento materno, ~~depressão,~~ vontade de abandonar a criança. Esses sintomas costumam ser mais presente entre as mulheres de baixa renda, com pouca escolaridade, que não dispõem do apoio do companheiro. Alguns autores perceberam que após acompanhar 168 gestantes da rede pública de saúde de Minas Gerais 53,6% destas, abandonam o aleitamento materno 30 dias após o parto, 47,6% após 60 dias e 69,6% após 120 dias, destacando que um dos motivos para que a amamentação não ocorra ou não apresente qualidade a partir do segundo mês do bebê são sintomas de depressão pós-parto. Portanto, diagnosticar rapidamente é de fundamental importância para que seja possível implementar melhorias no relacionamento entre a mãe e o bebê, bem como a família, os responsáveis no geral pelo cuidado da mulher. Nessa perspectiva, para aprofundar a temática elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: como se dá a assistência de enfermagem a puérpera com depressão pós-parto? No intuito de responder ao questionamento, desenvolveu-se objetivou-se: identificar na literatura científica a assistência de enfermagem a puérpera com depressão pós-parto. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa, que segundo Silva et al. (2013) ocorre através da coleta de dados, que serão transformados em informação, com base no conhecimento científico e utilidade dos resultados dos estudos na prática, por conseguinte ao sintetizar o assunto em questão é possível fazer uma análise ampla da literatura. A busca dos artigos ocorreu nos meses de julho de 2016 a junho 2017, na base de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para selecionar o material, foram utilizados os descritores controlados: “Depressão Pós-Parto”, “assistência de enfermagem” e “Período Pós-Parto”. Com o intuito de refinar a pesquisa estes descritores foram combinados da seguinte forma: “Período Pós-Parto” and “assistência de enfermagem”, o que resultou em 11 artigos, “Depressão Pós-Parto” and “Período Pós-Parto”, resultando em 08 artigos. Após a análise intensiva de todas as publicações, foram selecionados 10 artigos no total. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** considerada muitas vezes como um fenômeno de compreensão inconsciente, a depressão pode

resultar em uma volta ao passado, como uma espécie de conexão com o eu interior. Trazendo para este cenário a puérpera, observa-se a necessidade de encontrar meios que favoreçam a adaptação à nova realidade que envolve a maternidade e isso consiste em desmistificar símbolos culturais passados de geração em geração para assim construir o seu próprio perfil materno. No entanto, se faz necessário durante esta fase desenvolver uma colaboração psíquica, tornando este processo o mais natural possível. Durante o puerpério, período que compreende do nascimento do RN e se estende até o 43º dia após o parto, muitas mudanças ocorrem na vida da mulher, tanto fisiológica, quanto emocional, sendo necessário adaptar-se. Momentos que representam medo, anseios e até mesmo situações de risco são fatores capazes de prejudicar o bem estar da díade mãe-filho e é em adversidades como estas que cabe ao enfermeiro atuar de forma mais direcionada atendendo as necessidades das mulheres que estão se adaptando ao período puerperal. Depois de uma avaliação adequada, cabe ao enfermeiro desenvolver medidas que atendam as necessidades da mulher, para tanto, é importante proporcionar conforto e reavaliar cada caso separadamente sempre que preciso, identificando o que precisa melhorar na assistência. Desta forma, desempenhar ações que propiciem a construção de uma educação permanente, capaz de proteger e diagnosticar precocemente a mulher acometida com DPP, como também aquelas que já apresentavam histórico prévio de depressão é uma necessidade emergente. **CONCLUSÃO:** Distinguir as necessidades de saúde da mulher no pós-parto implica em compreendê-la de forma ampla e isso é uma questão emergente. Muitas vezes esta puérpera automaticamente busca priorizar o bem estar do filho, deixando em segundo plano suas necessidades pessoais, afetivas, sociais, matrimoniais entre outros, pois tem como objetivo retornar a sua vida habitual o mais rápido possível. Sendo assim, enquanto essas mulheres são gestantes, precisam de todo apoio dos serviços de saúde, para desde a formação do bebê em seu ventre construir sua conduta na experiência de ser mãe, o que implica em compreender os aspectos socioculturais implícitos nas suas necessidades e nos modos de cuidar de si incorporados. Nesse contexto, cabe ao enfermeiro tornar de fácil compreensão os tipos de parto, benefícios e complicações associadas, cuidados que precisam ser dedicados ao recém-nascido, cuidados pessoais e principalmente deixar claro os sinais de alerta para transtornos relacionados ao processo, como, por exemplo, a depressão pós-parto.

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto. Assistência de enfermagem. Período Pós-Parto.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Maria Aparecida Rodrigues da Silva; ÂNGELO, Margareth. Vivências e significados da depressão pós-parto de mulheres no contexto da família. **Revista eletrônica trimestral de enfermagem**, v. 1, n. 42, p.256-279, 2016.

CASSIANO, Alexandra do Nascimento et al.. Assistência de enfermagem à mulher no puerpério imediato: um ensaio descritivo. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 7, n. 1, p. 2061-2071. 2015.

FAVARO FILHO, M. D. S.; PERES, R. S.; SANTOS, M. A. D.. Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. **Psico-USF**, v. 17, n. 3, p. 457-465. 2012.



FIGUEIREDO, Bárbara et al . Amamentação e depressão pós-parto: revisão do estado de arte. **J. Pediatr.**, Porto Alegre , v. 89, n. 4, p. 332-338. 2013 .

FREITAS, Laura Villares de; SCARABEL, Camila Alessandra; DUQUE, Bárbara Harumi. As implicações da depressão pós-parto na psique do bebê: Considerações da Psicologia Analítica. **Psicologia Argumento**, v. 30, n. 69, p. 253-263. 2012.

MACHADO, Mariana Campos Martins et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 985-994, 2014.

MATOS, Janaína Marques de et al.. Análise da depressão pós-parto no período puerperal e sua relação com o aleitamento materno. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 3, n. 1, p. 50-66. 2013.

MORAIS, Maria de Lima Salum et al . Fatores psicossociais e sociodemográficos associados à depressão pós-parto: Um estudo em hospitais público e privado da cidade de São Paulo. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 1, p. 40-49, Natal, 2015.

OLIVEIRA, Ariene Pereira; BRAGA, Tatiana de Lima. Depressão pós-parto: consequências para mãe e o recém. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 5, n. 1, p. 133-144. 2016.

SANTOS, Flávia Andréia Pereira Soares dos; BRITO, Rosineide Santana de; MAZZO, Maria Helena Soares da Nóbrega. Puerpério e revisão pós-parto: significados atribuídos pela puérpera. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 854-863, 2013.

SILVA, Andréa Rosane Souza et al. Meio Ambiente hospitalar e o risco ocupacional da equipe de enfermagem: uma revisão integrativa. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-FACIPE**, v. 1, n. 1, p. 11-20, 2013.

HIPODERMÓCLISE: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA TERAPIA SUBCUTÂNEA

Andressa Mônica Gomes Fernandes
Felipe Madruga Barbosa
Kathiane Patricya de Souza Oliveira
Luzia Kelly Alves da Silva Nascimento
Wendell Wesley da Silva

INTRODUÇÃO: A hipodermóclise é um método de administração de medicamentos por via parenteral, na qual consiste em uma infusão de fluidos ao tecido subcutâneo. Tecido esse que se assemelha ao muscular no quesito vascularização, possibilitando assim uma boa absorção e distribuição, sendo a circulação por meio de difusão capilar. A utilização desta via para hidratação foi descrita, pela primeira vez, em 1914 em pacientes pediátricos. Mais de três décadas depois, em 1950, essa técnica caiu em desuso devido inadequada utilização, o que acarretou em resultados desastrosos (JUSTINO, 2013). Atualmente, com os avanços terapêuticos assistenciais que abrangem os cuidados paliativos e o domiciliar propondo maior conforto ao paciente, vem sendo integrada a hipodermóclise na prática da equipe de enfermagem, deste modo, considera-se também o índice elevado da população idosa acometida ao tratamento oncológico, entre outras morbidades, cujos fatores podem levar a punção venosa prejudicada, no entanto, a assistência requer conhecimento amplo de alternativas perspicazes para medidas de infusões na alta complexidade (NUNES; SOUZA, 2016). Dentre os fatores apontados como sendo de indicação para a hipodermóclise, estão a impossibilidade de administração de medicações por acesso venoso e por via oral proveniente da deglutição prejudicada e ainda a necessidade de maior permanência do cateter naqueles pacientes sob cuidados domiciliares; enfatiza-se ainda, terapia de baixo custo, método seguro e eficaz; menor risco de distorcias sistêmicas; probabilidade de internação hospitalar reduzida; menor risco de desconforto ou complicação na zona aplicada. Desta forma, é possível controlar adequadamente os sintomas clínicos, prover qualidade de vida ao paciente em ambiente domiciliar e ambulatorio, àqueles portadores de dor crônica ou com patologias oncológicas em estado avançado. Logo, os efeitos adversos são raros e evitáveis, porém, incluem edema local, possui contraindicação para infusão rápida (ZIRONDE et al., 2014). A indicação e administração de medicamentos via hipodermóclise, segundo o parecer 031/2014 emitido pelo COREN/SP 2014 é de atribuição da equipe de enfermagem, tal parecer ainda afirma que, “O Enfermeiro treinado, habilitado e capacitado, têm sua autonomia garantida para indicar a realização de hipodermóclise, por meio da Lei do Exercício da Profissão de Enfermagem, Lei nº 7.498, de 1986.” É evidente a necessidade de obter em caráter de urgência o conhecimento sobre a hipodermóclise, haja vista que a equipe de enfermagem é responsável pela administração de medicamentos; não obstante, a tarefa do profissional perante o paciente com terapia subcutânea exige manuseio, manutenção e técnica segura. Diante do exposto, o objetivo desse estudo é analisar na literatura as condutas do enfermeiro na terapia subcutânea com uso da hipodermóclise. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura; a obtenção dos estudos publicados foi através da utilização das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), como a Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde (LILACS), e da base de dados da Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), bem como, Base de Dados de

Enfermagem (BDENF) e Conselho Regional de São Paulo – COREN/SP-2014. Incluíram-se estudos em português, disponíveis na íntegra, publicados entre 2013 a 2016, resultando em 11 estudos, ao final a amostra foi de 5 estudos. Foram utilizados os descritores: Enfermagem; Hipodermóclise; Infusões subcutâneas. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Para uma assistência qualificada o profissional de enfermagem deve presar por uma boa avaliação das condições de indicação para a realização de tal técnica, devendo ter ciência de todos os aspectos inerentes ao manejo deste procedimento, como as indicações e contraindicações, locais de administração, reações adversas, fármacos que podem ser administrados, dispositivos e tipos de curativos de possível utilização. Os locais de realização da hipodermóclise diferem em parte dos comumente utilizados para a administração subcutânea, mediante a necessidade de locais que suportem uma maior quantidade de volume por infusão, sendo de indicação a região infraescapular e infraclavicular, abdominal, faces anteriores e laterais das coxas e a região anterior externa do braço. Sobre tudo a região de escolha varia de acordo com as condições físicas de cada paciente, devendo-se optar pelo local com melhor prevalência de tecido subcutâneo, a fim de evitar erros no processo de administração e absorção dos fármacos, evitar regiões com presença de irritação previa da pele, tumores, lesões e presença de hematoma. Ainda não estão disponíveis no mercado dispositivos feitos especialmente para a realização da hipodermóclise, podendo ser utilizado dispositivos rotineiros como cateteres agulhados ou não agulhados, variando na escolha de tamanho e tipo conforme as condições de paciente, como em condições de obesidade ou caquexia. Relativo ao volume máximo de substância que pode ser infundido via hipodermóclise é de 3.000 ml em 24hs, sendo que a necessidade desse valor ser dividido em dois sítios de administração, ficando 1,500 ml para cada. Em relação a duração do cateterismo, se tem que a instalação pode permanecer por sete dias, variando em relação a prescrição, necessidade de troca de equipo, e a apresentação de sinais flogísticos. Em todos os casos, é imprescindível a observação e avaliação periódica do enfermeiro, no fim de evitar intercorrências decorrentes tanto do excesso de volume administrado, quando da troca de local e permanência do cateter. Dentre o conhecimento necessário para uma boa prática da enfermagem, se faz importante ressaltar o conhecimento sobre os tipos de medicamentos de possível infusão por este método, sendo que a hipodermóclise é indicada tanto para reidratação parenteral, como para tratamentos medicamentosos. As soluções com melhor compatibilidade por essa via, são as de concentração solvente soluto iguais, ou seja, as isotônicas, e as que possuem afinidade pela água, as hidrossolúveis, pelo o fato de apresentarem menos irritabilidade e baixo risco de acumulação no tecido. A atenção integral da equipe de enfermagem no manejo da hipodermóclise é de total importância, pois essa atenção minimiza as chances de desenvolvimento de reações adversas, que em muitos casos são causados por atos evitáveis, proveniente muitas vezes, da falta de conhecimento do manejo dessa técnica, como punções em locais errados, medicamentos inapropriados para a via, diluição errada e a não realização do rodízio dos sítios de punção. **CONCLUSÃO:** Compreende-se com clareza, a importância do cuidado de enfermagem no manuseio da administração via hipodermóclise, entretanto, para que possa se disponibilizar um cuidar adequado e integral, os profissionais devem ficar atentos a todos os aspectos que indiquem a necessidade da realização desse procedimento, abstendo o paciente de passar por medidas mais invasivas e muitas vezes dolorosas. No decorrer do tratamento, a percepção aguçada da enfermagem, possibilita o contorno de possíveis problemas e efeitos adversos que podem ocorrer provenientes de erros



evitáveis, como o da infusão em locais errados e na administração de fármacos com quantidade e composição incorreta para essa via. Percebe-se que, embora os grandes benefícios que a hipodermóclise possibilita para a assistência, pouco se estuda sobre ela, principalmente no que diz respeito aos medicamentos que podem ser administrados por esse método.

Palavras-chave: Enfermagem. Hipodermóclise. Infusões subcutâneas.

REFERÊNCIAS

BRUNO, V. G.. **Hipodermóclise:** revisão da literatura para auxiliar na prática clínica. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/2015nahead/pt_1679-4508-eins-1679-45082015RW2572.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer nº 031/2014. **Punção e administração de fluidos na hipodermóclise.** Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2014_031.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2017.

JUSTINO, E. T. et al. Hipodermóclise em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. **Corgitare Enfermagem**, Paraná, v. 18, n.1, p. 84-89, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/download/1575/1532>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

NUNES, P. M. S. A.; SOUZA, R. C. S.. Efeitos adversos da hipodermóclise em pacientes adultos: Revisão integrativa. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p.951, jul./dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000501096&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 29 abr. 2017.

ZIRONDE, E. S.; MARZENINI, N. L.; SOLER, V. M. Hipodermóclise: redescoberta da via subcutânea no tratamento de indivíduos vulneráveis. **Revista CuidArte Enfermagem**. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/cuidarte_enfermagem_v8_n1_jan_jun_2014.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

DISTÚRBIO DA AUTOIMAGEM NA ADOLESCÊNCIA

Alice Maria S. Freitas
Clécia Cristina da S. Rocha
José Wanderley Lins Dantas
Karolina de Moura Manso da Rocha
Tyffany Yasmim G. de Medeiros
Yasmim Bianca de Brito

INTRODUÇÃO: O processo de transição entre a fase da criança para a adolescência vem sendo estudada desde meados do século XVIII, com o conde de Montbeillard (1759-1777), que realizava as medidas antropométricas em seus filhos a cada seis meses, pois o desenvolvimento do crescimento da infância para a adolescência, não possui influências somente de fatores uni causais, mas sim, de fatores ambientais, isto é, do ambiente a qual os mesmos estão inseridos. Com isso, a adolescência, é marcada por intensas modificações físicas, psíquicas, comportamentais e sociais, na qual, muitas das características referentes ao estilo de vida do adulto, são adquiridas ou consolidadas. Ao longo de seu desenvolvimento, começam a preocupar-se com assuntos relacionados ao corpo e a aparência, a comportamento de contestação, que muitas vezes os tornam vulneráveis, seguidores de líderes, de grupos, e de moda, pois neste mesmo sentido, observa-se uma forte influência dos meios sociais e culturais, a qual os adolescentes estão sendo expostos, e ao mesmo tempo, manipulados a seguir um ideal, um padrão de vida que é tido como certo. E em meio a isto, considera-se que, os veículos de comunicação como a mídia ajudam a disseminar tais padrões, como a construção de um corpo perfeito, a partir de um biótipo magro, levando aos adolescentes a possuir em sua concepção um corpo idealizado, e quanto mais às perspectivas deste corpo se distanciar da realidade, maior será o conflito pessoal, comprometendo dessa forma sua autoestima, havendo assim, uma distorção em sua imagem corporal. E em detrimento a tais fatores, é importante considerar todas as transformações inerentes que envolvem os adolescentes, onde é de essência da enfermagem, junto com uma equipe multiprofissional, atuar de forma integral na assistência desse grupo, cuja atenção não se deve somente a transformações físicas, mas também psicológicas, pois tais mudanças podem desencadear uma série de fatores prejudiciais, que em decorrência, podem atuar de forma direta na saúde dos mesmos, exemplo disso, são os distúrbios nutricionais, anorexia, bulimia, e depressão, onde a prevalência da anorexia e bulimia encontra-se marcantes no sexo feminino, no que se refere em mulheres jovens, cujos índices de anoréxicas prevalecem em 65% e bulímicas entre 36% a 58%. Já a depressão, surge com maior frequência na adolescência, quando ocorrem mudanças hormonais, principalmente no estrógeno e progesterona, que são hormônios que começam a ser produzidos com maior intensidade nas mulheres, na qual, a depressão é duas vezes mais prevalente em mulheres do que em homens. Nesse sentido, para melhor compreender a temática, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: Qual a atuação do enfermeiro na prevenção do distúrbio da autoimagem na adolescência? Para responder a esse questionamento, desenvolveu-se o objetivo, que é identificar a partir da revisão da literatura científica, a atuação do enfermeiro na prevenção do distúrbio da autoimagem na adolescência. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão narrativa de literatura que são consideradas estudos de publicações amplas, com intuito de descrever e discutir um determinado assunto com o ponto de vista teórico ou contextual, utilizando critérios

explícitos, de forma sistemática, para análise crítica da literatura. A busca ocorreu nas bases de dados BVS, MEDLINE, SCIELO e LILACS, utilizando os seguintes descritores transtorno alimentar, anorexia, adolescência, enfermagem, cruzando-se adolescência and enfermagem, transtorno and adolescência. Foram selecionados 8 artigos, onde adotou-se critérios de inclusão, artigos publicados em língua portuguesa, na íntegra, no período de 2004 à 2016, pois não haviam artigos em quantidades suficientes e que abordassem o que buscávamos em períodos mais recentes. Critérios de exclusão, artigos publicados em outras línguas, resumos, dissertações, teses, artigos inferiores ao ano de 2004 e trabalhos que não apresentem resumos na íntegra nas bases de dados. Não conseguimos dentro dessas temáticas teses e dissertações que abordassem o que estávamos buscando. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O distúrbio da imagem corporal é um problema social que envolve principalmente adolescente, onde os mesmos estão em processo de desenvolvimento físico e mental. No entanto, como nossa sociedade está voltada para o culto da beleza e do consumismo, os adolescentes, tornam-se alvos fáceis na construção de pensamentos obsessivos, no que se refere à imagem pessoal, onde passa a ser muito importante no contexto das relações sociais. Porém, tais obsessões podem levar ao desencadeamento de doenças, onde os mesmos necessitam de um cuidado assistencial e integral, na qual a enfermagem tem papel fundamental no processo do cuidar. A enfermagem, em consonância com a abordagem promocional à saúde do adolescente, deve levar em consideração os vários processos de vulnerabilidade, através do diálogo, identificação de características da autoestima prejudicada, os valores que os adolescentes atribuem a si, imagens idealizadas, aceitação, preocupações, e aos distúrbios referentes à imagem corporal. Essa assistência que é prestada ao adolescente, envolve não só a essência da enfermagem, como também a atuação de uma equipe multiprofissional, em práticas interdisciplinares e intersetoriais. Seus fundamentos devem pautar-se em elementos de uma abordagem social e clínica da saúde do adolescente, compondo-se de processos de interação, investigação, diagnóstico, educação e intervenção, isto é, a assistência de enfermagem ao adolescente deve ter uma visão holística, referente ao tocante dos fatores biológicos, sociais e psíquicos. O enfermeiro não é visto somente como agente atuante da saúde, mas também como um constante educador, ampliando dessa forma suas dimensões do cuidar, onde buscam constantemente estratégias que possam favorecer ao paciente com distúrbios da autoimagem, avaliando sua dor e sofrimento, fazendo-os reavaliar suas próprias condutas, os tornando mais flexíveis, de modo a buscar adaptações criteriosas que lhes permita vivenciar um grau de autonomia saudável. Um dos critérios adotados pela enfermagem, e que é de fundamental importância, é a realização de palestras, a respeito dos transtornos alimentares, dando importância e ênfase à anorexia nervosa e a bulimia, pois são os mais severos em função de prejuízo e abrangência a múltiplos sistemas corporais, na qual o curso da doença pode se estender para cronicidade ou se tornar grave. Visto que, além das intervenções por meio das palestras, a enfermagem pode atuar na prevenção do distúrbio junto com os membros da família, pois é importante que o profissional auxilie os familiares a criar habilidades para assistir o paciente, dar apoio e impor limites, aos mesmos quando for necessário. Em meio a isto, é primordial que a família esteja inclusa no curso do tratamento, e que eles são fontes imprescindíveis, não apenas na presença e no carinho, como também, nos recursos de apoio. E em decorrência a tais fatores, a assistência da enfermagem no distúrbio da imagem corporal, é de crucial importância, pois envolvem aspectos científicos, humanescência, atuação psicológica, e interpessoal com o paciente,

realizando um tratamento que envolve uma observação clínica, exame físico, administração de medicamentos, observar, anotar e comunicar os efeitos colaterais do antidepressivo, presença da enfermagem psiquiátrica, verificação do SSVV, estimular sempre um a boa ingesta hídrica, e ficarem atento as possíveis algias mencionadas. **CONCLUSÃO:** Entende-se que a atuação do enfermeiro na prevenção do distúrbio da autoimagem corporal na adolescência utiliza o diálogo como ferramenta principal para a identificação de fatores de risco para o desencadeamento desse transtorno, a fim, de forma multidisciplinar mudar a concepção dos valores negativos que eles atribuem a si, as imagens idealizadas ao culto da magreza, visto que os profissionais podem influenciar toda comunidade através de ações de conscientização da população sobre os riscos psicológicos e físicos que esse transtorno pode causar-lhes e promover o acompanhamento integral para esses adolescentes. É de grande relevância para enfermagem os estudos acerca de como se prestar uma assistência as pessoas portadoras do distúrbio da autoimagem, contribuindo para a eficácia do atendimento e a identificação precoce de novos casos.

Palavras-chave: Transtorno alimentar. Anorexia. Adolescência. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

- APPOLINARIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.22, n.2, dez., São Paulo, 2009.
- GRANDO, L. H.; ROLIM, M. A. Os transtornos da alimentação sob a ótica dos profissionais de enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, set. 2006.
- VALENÇA, C.N.; GERMANO, R.M. Percepção da autoimagem e satisfação corporal em adolescentes: Perspectiva do cuidado integral na enfermagem. **Rev. Rene**. Fortaleza, v.10, n.4, p.173-180, out/dez. 2009.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES TERMINAIS

Juliana Bento da Silva
Luana Richelly Vitaliano da Silva
Maria Cristiana da Silva Souto
Marilândia Freitas Silva Xavier
Polyana Cavalcanti Dias de Barros
Ruthnéya da Silva Borja Peixoto

INTRODUÇÃO: Cuidados paliativos é a assistência que uma equipe multidisciplinar realiza, a qual tem como objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente em fase terminal e dos seus familiares (BRASIL, 2002). A enfermagem tem um papel muito importante com esse paciente, pois o mesmo quando vivencia sua finitude necessita de cuidados buscando qualidade de vida até o fim, e os profissionais de enfermagem são os que permanecem o tempo todo ao lado dele, realizando uma comunicação entre os profissionais da saúde e os familiares. Tais cuidados não podem ser vistos somente no início do processo de morte e morrer, mas precisa estar desde o momento da revelação do diagnóstico, do tratamento para a cura ou não. Após um tempo, os mesmos recomendavam as famílias a levarem os pacientes para morrerem em casa, pois julgavam que assim teriam uma morte em paz, no entanto, na sua grande maioria, esses pacientes morriam em meio ao sofrimento. Hoje existe outro entendimento em relação a essa situação, uma vez que os profissionais médicos assumiram que o seu compromisso com o paciente só termina quando a morte do mesmo se confirma. Portanto, qual a importância dos cuidados paliativos para enfermagem? **OBJETIVO:** Descrever a importância dos cuidados paliativos para enfermagem. **METODOLOGIA:** Estudo de revisão de literatura. Realizada por meio da busca na literatura científica, referente ao período de 2005 a 2014. Os descritores utilizados foram: Ética, Assistência e Morte. Foi acessada a base de dado da Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciência da saúde (LILACS). Como critérios de inclusão foram selecionados artigos em português e selecionados 04 e os de exclusão artigos em inglês e espanhol. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Estudo descreve que os pacientes em cuidados paliativos necessitam de assistência além dos procedimentos técnicos como manejo da dor ou administração de analgésicos, e sim da participação dos enfermeiros em interagir junto ao paciente, tornando-se assim uma importante ferramenta na identificação das necessidades dos mesmos, pois sem perspectivas de cura, este poderá entender que as dimensões da escuta, percepção e o compreender serão necessários para o planejamento das ações paliativas. Esses cuidados de enfermagem devem ser expandidos para a assistência aos seus familiares, portanto, discutir com os profissionais de enfermagem as condutas necessárias para conduzir todo esse processo poderá contribuir para uma melhor autonomia dos familiares e pacientes, para que possam prestar os cuidados mais íntimos do paciente, quando esses os desejarem. Sendo assim a enfermagem possui um papel importante, os respeitando e estimulando-os a sua participação (VASQUES et al., 2013). Em outro estudo notou-se que os enfermeiros são colocados em posição bastante delicada e com poucas condições para ajudar o paciente na comunicação de más notícias, e principalmente na comunicação do prognóstico negativo, ressalta ainda que os cuidados de enfermagem devem ir além do físico do paciente (FRANÇA; REGO; NUNES, 2010). Outro artigo relata que, os enfermeiros com mais experiência no que se

refere ao confronto com a morte, tem mais habilidades para lidar com tal situação do que os novos enfermeiros que vem quase sempre sem preparo para lidar com a família e os cuidados ao paciente, espera-se que os mesmos adquiram conhecimentos, habilidades, valores pessoais e éticos, com isso adequar às situações de atendimento a família e ao paciente (FERNANDES; KOMESSU, 2013). As responsabilidades dos profissionais de enfermagem em um sentido dilemático relaciona a assistência direta ao paciente terminal, pois realiza ações contrárias a sua opinião, mas que são inerentes da profissão. Quando os enfermeiros se aproximam da dor e sofrimento dos pacientes, se tornam empáticos a esses, e com isso melhora a assistência de enfermagem, e poderá reduzir os desgastes emocionais que estão relacionados com a dificuldade de lidar com a terminalidade (CHAVES; MASSAROLLO, 2009). Lidar com a morte do outro faz com que se possa refletir sobre a própria morte, e saber que a única certeza que a vida oferece é que certo será a morte. Além disso, foi possível perceber que algumas vezes o conhecimento específico não é suficiente para atender as necessidades do paciente. O cuidar de quem se encontra na finitude, exige mais do que ter conhecimento sobre a doença, necessita de se ter uma assistência voltada para as emoções psicológicas (SOUZA; SOUZA; SOUZA, 2005). **CONCLUSÃO:** Neste estudo evidenciou-se a importância dos cuidados dos profissionais de enfermagem aos pacientes fora da possibilidade de curar, por essa equipe estar em contato direto com esses pacientes, o que favorece uma escuta qualificada, e acolhimento humanizado. Neste sentido, os enfermeiros devem buscar, ampliar seus conhecimentos sobre o assunto para com isso poder estar realizando ações qualificadas voltadas para os cuidados paliativos, e assim possa ofertar uma assistência melhor a esses pacientes, bem como aos seus familiares.

Palavras-chaves: Cuidados paliativos. Assistência. Morte.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Inca:** Cuidados Paliativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CHAVES, A. A. B.; MASSAROLLO, M. C. K. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapias Intensivas. *Rev Esc Enferm USP*, v.43, n.1, p.30-6, 2009.
- FERNANDES, M. F. P.; KOMESSU, J. H. Desafios do enfermeiro diante da dor e do sofrimento das famílias de pacientes fora de possibilidades terapêuticas. *Rev Esc Enferm USP*, v.47, n.1, p.250-7, 2013.
- FRANÇA, D.; REGO, G.; NUNES, R. Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros. **Rev Bioética**, v.18, n.2, p.469-81, 2010.
- SOUZA, L. B.; SOUZA, L. E. E. M.; SOUZA, A. M. A. A ética no cuidado durante o processo de morrer: relato de experiência. **Rev Bras Enferm**, v.58, n.6, p.731-4, 2005.
- VASQUES, et al.. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da implementação dos cuidados paliativos. **Rev Esc UERJ**, v.21, n.1, p.16-22, 2013.



REDES DE PROTEÇÃO ÀS MULHERES EM NATAL/RN: CONQUISTAS E DESAFIOS

Ana Flavia Alves Pereira Pinto
Derisicleia Rodrigues Ramos Nobrega
Lizete Cristina Freitas Serafim
Rafaelly Dayanne Fernandes Alves
Thathianne Caroline Amorim do Nascimento

INTRODUÇÃO: A pesquisa analisa a rede de atenção às mulheres vítimas de violências domésticas em Natal/RN, tendo como objetivo geral conhecer esta rede. Para isso, evidencia o funcionamento nessas unidades de apoio, as suas tomadas de decisões e os desafios enfrentados. Além disso, discute sobre os projetos que ainda estão em fase de tramitação na Câmara Municipal de Natal, que visam à proteção à vida dessas mulheres, para, a partir dessas informações, compreender como a gestão pública da cidade de Natal tem se posicionado em relação às políticas de enfrentamento a violência contra as mulheres. Compreendemos a pesquisa ser de grande relevância para toda a sociedade e em especial para as mulheres potiguares que sofrem ou já sofreram violência doméstica, pois trata-se de uma capital que, só nos três primeiros meses de 2017, já calcula que 16 mulheres foram mortas violentamente, impactando diretamente na vida de todos os cidadãos de Natal. (G1/RN, 2017). O estudo foi elaborado para a disciplina de setoriais I do curso de Serviço Social da Faculdade Unifacex e identificou-se uma rede fragilizada, que ainda não supre todas as demandas. Constatou-se a existência de falta de investimento financeiro e estrutural, descaso dos responsáveis políticos que se apoiam em um governo brasileiro de retrocessos e desmontes nas políticas públicas para as mulheres, agravando a luta e a busca por direito à vida e a igualdade de gênero. A metodologia consiste em desenvolver uma pesquisa bibliográfica e está alicerçada na revisão de literatura acerca da temática estudada: violência contra mulher, violência doméstica, políticas públicas e igualdade de gênero. Para tanto, foi realizada um levantamento em revistas, livros, leis e em meios eletrônicos que discutem o assunto. Nesta análise, observou-se projetos que tramitam atualmente no Estado do Rio Grande do Norte, projetos esses, que se materializados como é a perspectiva, contribuirá diretamente na prevenção dos altos índices da violência contra a mulher. Dentre esses projetos que estão em análise, destacam-se: **Aplicativo da Mulher Potiguar** - O aplicativo para celulares permite que mulheres vítimas de violência, acione o “botão do pânico”, esta medida facilitará que a Polícia realize ações ágeis e efetivas de segurança no combate às ocorrências, além disso, o aplicativo deverá realizar o monitoramento do agressor. O juiz Deyvis Marques da comarca de Parnamirim e titular do juizado de violência doméstica é o idealizador do projeto, uma ideia apresentada em agosto de 2016, estando em fases de testes. **Patrulha Maria da Penha** – Pretende descentralizar as atividades da delegacia especializada no atendimento à mulher vítima de violência, e ampliar os atendimentos a essas vítimas, no Estado do Rio Grande do Norte. Segundo o projeto de lei municipal, idealizado pela vereadora Julia Arruda, as ações se darão através de guardas municipais capacitados, que deverão atuar em integração com as Secretarias Municipais de Políticas para as Mulheres e de Segurança Pública e Defesa Social. Entre os objetivos da Patrulha Maria da Penha, estão: a garantia ao cumprimento das medidas protetivas de urgência, atuando

em consonância com a Rede de Atendimento à Mulher Vítima de Violência, além da realização de visitas a essas vítimas; outro objetivo está pautado na orientação e esclarecimento à vítima sobre os seus direitos e a promoção de palestras de prevenção e orientação na rede escolar do município. **Casa da Mulher Brasileira** - A Casa da Mulher Brasileira é um projeto que visa o atendimento humanizado às mulheres. Essas mulheres contarão com um espaço, que ofertará serviços especializados de orientação acerca das diversas demandas de violência contra as mulheres, desde o acolhimento e triagem; o apoio psicossocial; encaminhamentos às diversas redes de proteção, como: as delegacias; Juizado; Ministério Público, Defensoria Pública; promoção de autonomia econômica; cuidado das crianças – brinquedoteca; até ao abrigo dessa vítima. Seria uma unificação à casa de apoio Clara Camarão, facilitando a vida das mulheres que precisam de proteção para o deslocamento até uma dessas redes e efetivar a denúncia. Ao longo dessa pesquisa, compreendemos que esta análise sobre a violência contra a mulher e suas várias expressões é de grande importância para os estudantes de Serviço Social, futuros profissionais que terão como princípios fundamentais a defesa intransigente dos Direitos Humanos, tendo também como dever a realização de estudos e pesquisas para avaliar a realidade social. É necessário conhecer as redes, como elas se articulam se tem resolutividade, para que assim os profissionais possam atender as demandas, assegurando a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática e participativa com o compromisso da qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento profissional. No entanto, conclui-se que, mesmo com grandes conquistas como a Lei Maria da Penha e junto dela as DEAMS, CASAS DE APOIO, CENTROS REFERÊNCIAS, CRAS, CREAS, entre outras redes de apoio, os desafios estão em fazer essa rede funcionar e ter visibilidade diante dos poderes públicos. Essa rede sofre o impacto direto do não investimento financeiro de um governo neoliberal que visam políticas econômicas. Diante do exposto percebe-se que ainda há muito que se conquistar, as políticas públicas de integração de serviços ainda são poucas/insuficientes, as demandas ultrapassam. Além disso, existe também a falta de articulação com outros órgãos, como as defensorias públicas, nas delegacias de atendimento as mulheres existem mais de mil inquéritos parados e cerca de 350 ordens judiciais que na forma cumpridas (G1/RN, 2017). Mesmo com o código 22 da Lei Maria da Penha, que prevê o mandato protetivo e afastamento de 200 metros dos agressores para com as vítimas as mulheres, muitas estão morrendo com o mandato protetivo nas mãos. Para romper com essas barreiras e alcançar novas conquistas, é necessário que se busquem cada vez mais por justiça e igualdade. É necessário que a sociedade cobre e lute para que os índices dos feminicídios e das violências contra as mulheres sejam lembrados como sinônimos de luta e não apenas de estatísticas.

Palavras-chave: Violência Doméstica. Violência contra Mulher. Políticas Públicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 11.340/2006.** Lei Maria da Penha. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 28 abr. 2017.



CASA DA MULHER BRASILEIRA, Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/cmb>>. Acesso em: 10 maio 2017.

DELEGACIA DA MULHER TEM MAIS DE MIL INQUÉRITOS PARADOS EM NATAL. Disponível em: <http://g1.globo.com/rn/rio-grande-do-norte/noticia/2012/08/delegacia-da-mulher-tem-mais-de-mil-inqueritos-parados-em-natal.html>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

MAPA DO FEMINICÍDIO 2017 MOSTRA QUE 16 MULHERES JÁ FORAM MORTAS NO RN, Disponível em: <http://g1.globo.com/rn/rio-grande-do-norte/noticia/2017/03/mapa-do-feminicidio-2017-mostra-que-16-mulheres-ja-foram-mortas-no-rn.html>>. Acesso em: 04 maio 2017.

PATRULHA MARIA DA PENHA AGORA É LEI EM NATAL, Disponível em: <http://www.juliaarruda.com.br/blog/patrulha-maria-da-penha-e-lei-em-natal>>. Acesso em: 10 maio 2017.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. Violência de gênero no Brasil atual. **Revista Estudos Feministas**. São Paulo, [s.n.], 1994.



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA LEISHMANIOSE VISCERAL NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN

Calebe de Medeiros Costa
Felipe Jairo Rebouças
Maria Cristiana da Silva Souto
Rafaela Costa de Medeiros Moura
Tayssa Suelen Cordeiro Paulino
Thaynã Fonseca Pereira

INTRODUÇÃO: As leishmanioses são compostas por um conjunto de doenças desenvolvidas a partir de protozoários do gênero *Leishmania* e da família Trypanosomatidae. Em síntese, as formas que acometem o homem podem dividir-se em Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) que está associada ao desenvolvimento de lesões na pele e mucosas, e a Leishmaniose Visceral (LV) também conhecida como calazar, que ataca órgãos internos (FIOCRUZ, 2013). A leishmaniose visceral configura-se como a forma mais preocupante das leishmanioses, uma vez que possui altos índices de incidência e letalidade, o que a torna como uma das doenças mais importantes da atualidade (OLIVEIRA; PIMENTA, 2014). Em todo o mundo, estima-se que ocorram 600 mil novos casos clínicos e 75 mil óbitos. Apenas seis países registraram aproximadamente 90% dos casos, incluindo o Brasil. A LV foi descrita no Brasil, na região Nordeste, em 1930, que concentrava a maior parte dos casos registrados no país até 1990 (FURLAN, 2010 apud BARBOSA, 2016). De acordo com Barbosa (2016), a constante notificação e o crescimento do número de casos e de óbitos decorrentes da leishmaniose visceral, caracteriza um importante problema de saúde pública na capital do estado do Rio Grande do Norte. Desta forma, objetivou-se por meio deste trabalho, identificar o perfil epidemiológico dos casos notificados de leishmaniose visceral no município de Natal/RN. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo dos casos confirmados de Leishmaniose visceral (LV) humana, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2011 a 2015 no município de Natal - RN. O estudo descritivo busca determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). Os dados referentes aos casos de LV foram obtidos de forma secundária disponíveis em sites oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, o DATASUS, sem identificação de sujeitos, sendo dispensado de apreciação em comitê de ética em pesquisa, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta dos dados ocorreu no mês de outubro de 2016. Foram utilizadas as seguintes variáveis: sexo, escolaridade, ano, faixa etária e raça. Os dados coletados foram convertidos em gráficos através do programa MICROSOFT EXCEL XP. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A leishmania é transmitida ao homem por insetos vetores ou transmissores denominados flebotomíneos. São insetos pequenos que pertencem à ordem Diptera, mesmo grupo das moscas, mosquitos e maruins. A transmissão se dá quando a fêmea do flebotomíneo infectada passa através da picada, o protozoário para a vítima não infectada, enquanto alimenta-se do seu sangue (FIOCRUZ, 2013). Os aspectos clínicos relacionados à doença vão desde formas assintomáticas da doença até em maiores complicações, o óbito. O quadro clínico geralmente se caracteriza por febre, anemia, hepatoesplenomegalia, manifestações

hemorrágicas, linfadenomegalia, perda de peso, taquicardia, tosse seca e diarreia. A associação do quadro com a desnutrição e o diagnóstico tardio da doença aumentam os índices de letalidade por esse agravo (BARBOSA; COSTA, 2013 apud BARBOSA, 2016). O êxodo rural, a intensa expansão e urbanização são importantes fatores que contribuem para a expansão de áreas endêmicas. Desta forma, são constatados casos da LV em cidades de pequeno e médio porte e em importantes centros urbanos (LOPES; OLIVEIRA; PIMENTA, 2014). Não obstante, no município de Natal/RN no período de 2011 a 2015, foram 324 casos de leishmaniose visceral humana. As maiores frequências de notificações ocorreram no ano de 2011 e 2014, com 25,0 % e 20,99 % dos casos respectivamente. Os indivíduos de sexo masculino foram os mais acometidos (70%). Este resultado corrobora com o perfil da doença no Brasil, já que os estudos acerca do tema mostram que dos casos totais registrados, o sexo masculino representa 60% (BRASIL apud BARROS, 2010). Estudos disponíveis na literatura apontam que os homens são mais acometidos por desenvolverem suas atividades em áreas mais próximas a fonte de infecção, o que os torna mais susceptíveis ao vetor (ORTIZ, 2014 apud BARBOSA, 2016). Nacionalmente, observa-se que a LV tem maior magnitude sobre a faixa etária jovem (BRASIL, 2009 apud BARBOSA, 2016). O presente estudo não confirma essa tendência, já que a faixa etária mais afetada foi de 20 a 39 anos (33,64 %), seguido da faixa dos 40 a 59 anos (23,15%). A mudança do perfil nacional da doença, onde os doentes adultos (faixa de 15 a 39 anos) apresentam uma significativa participação no número dos casos registrados, assim como resultados evidenciados em estudos anteriormente realizados nos estados do Ceará e Rio Grande do Norte. No que se refere ao nível de escolaridade, observou-se que os quesitos “não se aplica” e “ignorado/branco” possuem o maior número de porcentagem 25,62 % e 16,05 % respectivamente, seguido das pessoas que tem da 5ª a 8ª série do ensino fundamental incompletos (11,73 %). Este indicativo corrobora com o encontrado em diversos estudos os quais mostram que a LV é mais facilmente adquirida por indivíduos com baixa escolaridade e principalmente com baixo nível socioeconômico. Com referência a raça, a parda, foi a mais acometida (75,93 %), seguido da raça branca (14,51 %). Este valor está em acordo com os resultados dessa variável encontrados nos demais estudos realizados no país, em que a raça parda e branca foram as mais frequentes, observando que a variável raça/cor é autodeclarada, o que torna difícil a avaliação e a correlação com outros parâmetros (BARROS, 2010). **CONCLUSÃO:** Os resultados contribuíram para o conhecimento do perfil epidemiológico dos casos notificados da Leishmaniose Visceral pelo município de Natal/RN, e chama atenção pela diversidade de características distintas as quais atingem a população urbana. Espera-se que este estudo possa auxiliar no planejamento e avaliação das ações de saúde voltadas para a prevenção de agravos e promoção da saúde, e ainda que desperte em profissionais da saúde, estudantes, professores e instituições o interesse em discutir a doença, para que estejam alertados e capacitados para o reconhecimento dos sinais e sintomas da doença, e com isto poder ofertar tratamento em tempo oportuno e adequado. Contudo, uma das limitações deste estudo relaciona-se com a utilização dos dados secundários, que podem não representar o verdadeiro quadro da população estudada, uma vez que estes dados podem estar sujeitos a subnotificação e duplicidade de registros. Desta forma, é imprescindível que haja uma contribuição das diversas áreas do conhecimento científico, bem como dos serviços de saúde pública, na otimização dos serviços de vigilância da doença, bem como possam desenvolver um trabalho intersetorial pautado



nas ações de educação em saúde e meio ambiente, a fim de garantir a prevenção e o controle da doença.

Palavras-chave: Leishmania. Perfil epidemiológico. Intersetorialidade.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, I. R. Leishmaniose Visceral Humana no município de natal – RN: Análise clínico – epidemiológica e especial. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 1, p. 89-101, 2016.

BARROS, C. N. **Perfil epidemiológico das leishmanioses tegumentar e visceral na XI geres no período de 2007 a 2010**. 2010; 42 f.; Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

FIOCRUZ, **Leishmaniose**, 2013. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/leishmaniose>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

GÓES, M. A. O.; JERALDO, V. L. S.. Características clínicas e epidemiológicas dos pacientes internados com leishmaniose visceral em hospital de referência. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 11, n. 3, p. 227-231, 2013.

LEITE, A. I.; ARAÚJO, L. B. Leishmaniose Visceral: Aspectos epidemiológicos relacionados aos óbitos em Mossoró-RN. **Revista de Patologia Tropical**, v. 42, n. 3, p. 301-308, 2013.

LIMA-COSTA, M. F. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

LOPES, J. V. **Epidemiologia da Leishmaniose Visceral no município de Sabará**, região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. 2014; 108f. Dissertação (Mestrado) –Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Minas Gerais, Brasil, 2014.

OLIVEIRA, Emília N.; PIMENTA, A. M. Perfil epidemiológico das pessoas portadoras de leishmaniose visceral no município de Paracatu – MG no período de 2007 a 2010. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.18, n. 2, p. 365-370, 2014.

ORTIZ, R. F.; ANVERSA, L. Epidemiologia da leishmaniose visceral em Bauru, São Paulo, no período de 2004 a 2012: um estudo descritivo. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 1, p. 97-104, 2015.

TOLEDO, C. R. S. **Análise da situação epidemiológica da leishmaniose visceral no município de Araguaína**, TO: período 2005 a 2009. 2012; 52f.; Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS IMEDIATAS

Calebe de Medeiros Costa

Felipe Jairo Rebouças

Rafaela Costa de Medeiros Moura

Thayná Fonseca Pereira

INTRODUÇÃO: Define-se por reação transfusional qualquer intercorrência originada como consequência da transfusão de hemocomponentes, durante ou após sua administração. Esses eventos adversos podem variar de anafilaxia leve a quadros de hepatite grave, sepse e morte (BRASIL, 2010). Podem ser classificadas de acordo com a gravidade, com o tempo de sua manifestação ou com sua causa. De acordo com a ANVISA (2010), a cada 1.065 transfusões há a notificação de uma reação transfusional, sendo 85% leves, 12,7% moderadas e 2,2% graves. Estes dados referem-se a todos os hospitais brasileiros pertencentes à Rede de Hospitais Sentinela, independentemente da categoria e da faixa etária dos pacientes. As ações regulamentadoras da Hemoterapia são realizadas pela Agência nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 57, de 16 de Dezembro de 2010, que normatizou e padronizou todos os procedimentos hemoterápicos, incluindo procedimentos de coleta, processamento, testagem, armazenamento, transporte e utilização, bem como o padrão de utilização de documentação relacionada a estes procedimentos, visando garantir a qualidade do sangue (ANVISA, 2010). A complicação transfusional mais temida durante uma transfusão sanguínea é a reação transfusional hemolítica, onde as hemácias transfundidas são destruídas, seja por Hemólise Intravascular ou Hemólise Extravascular, que pode ser fatal. É a principal causa de morte imediata relacionada à transfusão de hemocomponentes envolvendo incompatibilidade ABO, a qual leva à hemólise intravascular das hemácias transfundidas. A escolha dessa temática se deve à relevância científica para a saúde e segurança dos pacientes. Para nortear o presente estudo formulou-se o seguinte questionamento: quais as principais ações realizadas pelo enfermeiro na prevenção de reações transfusionais imediatas? Assim, o objetivo do presente estudo é identificar as principais ações realizadas pelo enfermeiro na prevenção de reações transfusionais imediatas. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura onde as buscas foram realizadas de abril a outubro de 2015, utilizando os seguintes critérios de seleção: inclusão de estudos publicados entre 2008 e 2015, em língua portuguesa, e exclusão de artigos que não contribuísem para responder à questão de estudo proposta bem como a repetição de artigos em mais de uma base de dados eletrônica, e disponíveis somente no formato de resumo. As bases de dados foram o LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online) ambas indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio dos descritores (DECs): Complicações transfusionais; Transfusão de hemocomponentes; Assistência de enfermagem. Ao final, foram detectados 32 trabalhos, sendo selecionados 14 artigos e 7 cartilhas do Ministério da Saúde. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As funções que o enfermeiro desempenha nas hemotransfusões estão elencadas em assistir o receptor e familiar, orientando-os durante todo o processo hemoterápico, sendo ele responsável por elaborar a prescrição de enfermagem nesses processos, bem como executar e/ou

supervisionar a administração e a monitorização da infusão de hemocomponentes e hemoderivados, atuando nos casos de reações adversas junto à equipe multiprofissional, procurando garantir uma assistência integral (ANVISA, 2010). Dentro desta perspectiva, Fidlarczyk (2008); Beserra (2014), em seus estudos, infere que deve existir uma etapa pré-transfusional, onde o enfermeiro realiza, no início no recebimento da requisição da transfusão, a conferência, registros e monitoramento do sangue e hemocomponentes. Nestes dados deve constar o nome do paciente completo, o número do registro hospitalar e do cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), tipo sanguíneo e quantidade, indicação da transfusão. Ainda nesta etapa, ressalta-se como é importante a anamnese pré-transfusional realizada pelo enfermeiro. Nela deve-se investigar, primordialmente, a existência de hipertensão arterial, cardiopatias e porcentagem do hematócrito. O enfermeiro deve revisar a prescrição médica e verificar se há medicamentos prescritos a serem administrados antes da transfusão para um melhor tratamento. Deve-se, também, ser verificado se o paciente é poli transfundido e se já ocorreu algum tipo de reação anterior. Tais informações são de suma importância para evitar e diminuir uma possível ocorrência de outras reações (BRASIL, 2011). Já a etapa transfusional inicia-se com o recebimento do hemocomponente e conferência dos dados seguindo da escolha do melhor e mais calibroso acesso venoso. Torezan & Souza (2010) ainda inferem em suas pesquisas outras condutas de enfermagem que fazem parte da etapa transfusional, como realizar o registro no prontuário do paciente sobre qualquer tipo de alterações observadas no exame físico, anotar o horário do início e do término da infusão, número da bolsa utilizada, validade, volume administrado, sinais vitais antes e ao término, bem como todas as condutas que foram adotadas durante a transfusão, seguido da assinatura do responsável pela assistência do procedimento. Ainda nesta fase transfusional, a infusão do hemocomponente deve apresentar em média 20 gotas por minuto, permanecendo o responsável pela assistência junto ao paciente, por no mínimo de 10 minutos antes de iniciar a mesma, para avaliação de possíveis alterações dos sinais vitais e até mesmo reações mais graves e comuns no início do procedimento. Após 15 minutos do início da infusão, não havendo alterações, a velocidade do gotejamento pode ser maior, sempre observando a relação de tempo e volume que serão administrados (média 300 ml), sendo importante que todo o processo de hemotransfusão deva ocorrer no período máximo de 4 horas, de acordo com o estado geral do paciente e a prescrição médica (BARBOSA et al., 2011). Com relação a fase pós-transfusional, é de valia exaltar que existe o risco para reação transfusional imediata nas primeiras vinte e quatro horas após a transfusão, ou tardia, quando ocorre após as vinte quatro horas (COVAS; UBIALI; SANTIS, 2009). Assim, é importante o reconhecimento dos primeiros sinais ou sintomas, que são tipicamente associados a reações transfusionais imediatas para que a assistência seja realizada junto ao paciente. Dentre estes sinais e sintomas podem ser destacados a febre com ou sem calafrio, tremores mesmo sem febre, dor no local do acesso venoso, dor na região peitoral, abdômen ou em flancos e alterações pressóricas que geralmente são agudas. Além dos eventos citados, pode se observar choque em combinação com febre, e/ou calafrio intenso, alteração no padrão respiratório, como, taquipneia, dispneia hipóxia, prurido, aparecimento de urticárias ou edema, náusea com presença de vômito, hematúria, sangramento ou alteração da coagulação (COSTA et al., 2013; OLIVEIRA, 2012).

CONCLUSÃO: O enfermeiro deve se aprimorar na busca de conhecer os sinais e sintomas que acometem o usuário de hemocomponente, mas também fazer seu papel de coordenação junto sua equipe de enfermagem, no intuito de perceber o menor sinal de



reação, podendo assim intervir em tempo hábil visando o melhor atendimento ao paciente. Para um melhor atendimento dos usuários de hemotransfusão, é necessário o treinamento das equipes de enfermagem com esclarecimentos de normas que já existem, como um dos manuais usados neste artigo: o Manual de Hemovigilância da Anvisa.

Palavras-chave: Complicações transfusionais. Transfusão de hemocomponentes. Assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

BARBOSA S. M, et al.. Enfermagem e a prática hemoterápica no Brasil: revisão integrativa. **Acta Paul Enferm.** v. 24, n.1, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000100020&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.353, de 13 de junho de 2011** [Internet]. Aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7a2915004b948667a9fabba8f8ded4db/Portaria_MS_1353_13_de_junho_de_2011.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 02 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Guia para o uso de hemocomponentes**. Brasília: MS, 2010.

BESERRA, M. P. P. et al. Reações transfusionais em um hospital Cearense acreditado: uma abordagem em hemovigilância. **Arq Med**, v. 28, n. 4, ago. Porto, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087134132014000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 maio 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução nº 200/97 de 15 de abril de 1997**. Dispõe sobre atuação dos profissionais de Enfermagem em hemoterapia e transplante de medula óssea, segundo as Normas Técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/>>. Acesso em: 10 maio 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução n. 306, de 25 de abril de 2006**. Normatiza a atuação do Enfermeiro em Hemoterapia. Rio de Janeiro: COFEN, 2006.

COSTA, J. E.; CABRAL, A.M.F.; SIMPSON, C.A. O enfermeiro e o contexto em reações transfusionais. **Revista de Pesquisa: Cuidado Fundam.** Rio de Janeiro, p. 269-277, 2011. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2018/pdf_562>. Acesso em: 26 maio 2015.

COSTA J. E. et al.. Transfusão de hemocomponentes em pacientes idosos: cuidados de enfermagem. **Rev enferm UFPE online**, v. 7 (esp), p. 5774-9, Recife, 2013.



COVAS, T. D.; UBIALI, E. M. A.; SANTIS, G. C. **Manual de medicina transfusional**. São Paulo: Atheneu, 2009.

FERREIRA, O. et al.. Avaliação do conhecimento sobre hemoterapia e segurança transfusional de profissionais de Enfermagem. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, p. 160-167, 2007. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n2/v29n2a15.pdf> >. Acesso em: 01 jun. 2015.

ANÁLISE INTEGRATIVA SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DA NEOPLASIA PENIANA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Aniуска Vanessa Coutinho Germano
Calebe de Medeiros Costa
Dayane Rodrigues de Medeiros
Felipe Jairo Rebouças
Joana Caroline de Souza Silva

INTRODUÇÃO: A neoplasia peniana constitui um alarmante agravamento de morbimortalidade sanitária que acomete a saúde do homem, sendo o câncer de pênis agravamento de alta prevalência em adultos com média de idade de 50 anos (INCA, 2013). Fatores como a higiene íntima, estão diretamente relacionados ao desenvolvimento da neoplasia no homem, bem como os fatores biológicos relacionados às doenças sexualmente transmissíveis (DST'S), que também são causas precursoras das lesões, como o HPV E HIV (WANICK et al., 2010). O câncer peniano acomete em maior proporção, homens de países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, pois, a assistência à saúde do homem ainda não é algo trabalhado com assiduidade na atenção básica à saúde, outrossim, a falta de assistência corrobora para uma população masculina leiga quanto aos aspectos de saúde e sexualidade. No Brasil, o câncer de pênis não é muito discutido e divulgado nos serviços públicos de saúde ou privados, calcando-se quase que exclusivamente na prevenção da neoplasia prostática e outros tipos de câncer. Surge assim uma necessidade de articular junto da rede de atenção à saúde (RAS) visto que ela pode orientar o cuidado a fim de garantir a integralidade do usuário, que através desse método poderá ser educado e incentivado a prevenir a neoplasia. Casos que poderiam ter sido curados com terapias químicas e/ou por radiação, tornam-se irreversíveis devido o estágio avançado, submetendo o homem à procedimentos cirúrgicos que culminam em remoção parcial e/ou total do pênis e testículo, causando um dano físico e psicológico, visto a necessidade do homem em evidenciar sua masculinidade e virilidade por meio do seu órgão genital. A enfermagem pode contribuir de forma significativa na prevenção e diagnóstico através de consultas e práticas educacionais que elucidem a necessidade de combater os fatores de risco, e conscientizar o homem sobre a relevância de procurar o serviço de saúde, preferencialmente a Atenção Primária no momento que notar o surgimento de qualquer lesão e/ou sintoma facilitando assim a compreensão sobre o assunto e dando aos usuários o direito de usurpar da política nacional de saúde do homem que é uma ferramenta importante no processo de cuidar do homem com integralidade, nas redes de atenção primária à saúde. **OBJETIVO:** Compreender na literatura científica a contribuição da enfermagem na prevenção da neoplasia peniana na atenção primária à saúde. **METODOLOGIA:** trata-se de um estudo de revisão descritiva integrativa da literatura, realizado em abril e maio de 2017, nas bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Enfermagem”. “neoplasia peniana”. “atenção primária à saúde”. Foram adotados os seguintes critérios para seleção: foram incluídos 4 artigos no escopo da pesquisa quatro artigos científicos completos, publicados em língua portuguesa e excluídos artigos que não contribuíssem para responder ao objetivo proposto. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A prevenção e

um tratamento oportuno da doença, é primordial bem como uma higiene íntima diária como forma preventiva da doença, contribuem para resolução efetiva dos casos e/ou não incidência, contribuindo também, para que a população esteja atenta aos sintomas clássicos da doença, anormais as funções do corpo, como exemplo: verrugas, hiperemia e linfadenopatia inguinal (ínguas) e não ignore-os quando apresentados, procurando a unidade básica de saúde, que avaliara o quadro, solicitando exames necessários e encaminhando aos centros de referência para cuidado estratégico e complementar. Ainda é preciso evoluir no processo de atenção integral a saúde do homem, pois, o sistema ainda lida com situações de descuido e despreparo dos profissionais. A enfermagem desempenha uma função significativa na assistência desse público, uma vez que realiza ações de educação em saúde, orientações individuais e consultas de avaliação física, que contribui para prevenção e uma detecção oportuna. Além disso, o enfermeiro por meio de estratégias como espaço e dia exclusivo para dialogar sobre o tema com o grupo, utiliza uma estratégia transformadora e de desconstrução de tabus para uma problemática tão comum e oportuna ao debate, que é o não comparecimento do individuo na unidade com frequência, além do fortalecimento de vínculos e o conhecimento das histórias vividas, grupos com apoio matricial à Atenção primária. **CONCLUSÃO:** A neoplasia peniana possui um alto potencial incapacitante, afeta o homem em todo o seu ciclo vital, em sua identidade e significado existencial. Está relacionada principalmente a falta de informação, falta de higiene e a “infrequência” dos homens aos serviços de saúde. É clara a importância em empregar principalmente na atenção primária à saúde práticas de educação e prevenção do câncer de pênis, porém é necessário educar e estimular os homens a buscarem os serviços de saúde, preferencialmente a Atenção Básica, como porta de entrada da RAS ainda saudáveis, não apenas no momento em que está acometido por uma morbidade. A enfermagem tem importância crucial no processo de prevenção do câncer de pênis, uma vez que contribui por meio de suas atividades sejam elas em unidades de saúde ou fora delas, devendo abordar temas desconhecidos e intensificando a necessidade do auto - cuidado. Espera-se, que com esse estudo os profissionais e autoridades da área saúde, despertem para importância da divulgação e disseminação de conhecimentos a toda sociedade, contribuindo para o enriquecimento e o desenvolvimento dessas ações.

Palavras-chave: Enfermagem. Neoplasia peniana. Atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA JÚNIOR, Aryon de Almeida; ATHANAZIO, Paulo Roberto Fontes; OLIVEIRA, Benedito. Câncer do pênis: estudo da sua patologia geográfica no Estado da Bahia, **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 429-435, 1984. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101984000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2017.
- BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tipos de câncer:** pênis. 2013. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/penis>> Acesso em: 03 maio 2017.



REIS, Angela Adamski da Silva et al. Aspectos clínico-epidemiológicos associados ao câncer de pênis. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1105-1111, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2017.

SOUZA, Kelly Wanessa de et al. Estratégias de prevenção para câncer de testículo e pênis: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 277-282, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000100039&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2017.

WANICK, Fabiana Braga França et al. Carcinoma epidermoide do pênis: estudo clínico-patológico de 34 casos. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 86, n.6, p.1082-1091, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962011000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2017.

PREVENÇÃO DO TRANSTORNO DE HUMOR RELACIONADO AO PÓS-PARTO E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE OS FATORES DE RISCO

Aline Fernanda Barbosa
Aniuska Vanessa Coutinho Germano
Maria Cristiana da Silva Souto
Olgareth Allane Nunes da Câmara Silva
Rafaela de Oliveira Borges
Raissa Sampaio Nunes Dantas

INTRODUÇÃO: A atenção básica à saúde tem como uma de suas atribuições, o desenvolvimento de ações relacionadas à saúde da mulher, as quais são voltadas à prevenção, planejamento familiar, pré-natal e puerpério, portanto, essa atenção deve ser contínua, a fim de evitar possíveis complicações relacionadas à saúde da mulher. Dentre essas complicações está a depressão pós-parto (DPP), que é caracterizada pelo desânimo persistente, ideias súbitas como desejo de morrer, ou abandono de seu filho, desprazer, alterações no sono, entre outros. A depressão pós-parto pode ocorrer até um ano após o parto, e suas características mais comuns são: baixa autoestima; perda de prazer e/ou interesse pelas coisas e pessoas; baixa concentração; desmotivação e crise de choro. A mulher com esse transtorno geralmente fica sem condições de realizar as suas atividades diárias, e principalmente a de mãe. Ao se abordar a depressão no ciclo gravídico-puerperal é imprescindível identificar as mulheres com fatores de risco durante as consultas do pré-natal, para isto se faz necessário que se estabeleça um vínculo, que se dará na relação profissional de saúde/paciente. Essa relação poderá contribuir para a resolução de eventuais conflitos quanto à maternidade e as situações psicossociais adversas. Os profissionais envolvidos na assistência obstétrica devem ser qualificados para reconhecer que as características socioeconômicas e culturais das sociedades influenciam no desenvolvimento e nos cuidados dos períodos gestacional, parto e pós-parto. Logo, o profissional de saúde tem a chance de atuar na perspectiva da prevenção e promoção da saúde, revestindo sua conduta de potencial de práticas preventivas, a fim de impactar socialmente na ocorrência do transtorno. Destarte, o enfermeiro da equipe de saúde deve estar preparado para perceber os sinais iniciais da doença, tais como: irritabilidade; oscilação de humor; tristeza contínua e prolongada; fadiga e ansiedade, logo após a identificação desses sinais o profissional de enfermagem deverá intervir de maneira ágil e competente. Diante disto o presente estudo, tem o objetivo de destacar a importância do enfermeiro, durante o pré-natal, na identificação dos sinais que podem levar a depressão pós-parto. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, em que buscou evidenciar as principais características da atuação do enfermeiro, na prevenção do transtorno de humor, relacionado à depressão pós-parto. Foi realizado por meio da busca em artigos publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizados como critérios de inclusão os artigos publicados entre os anos de 2010 a 2016, disponibilizado gratuitamente e em português. Os critérios de exclusão dos artigos foram: ano de publicação anterior a 2010 e disponíveis apenas em resumo. A coleta dos dados ocorreu em abril de 2017, e foram utilizados os seguintes descritores: enfermagem; depressão e puerpério. Os cruzamentos foram realizados com o operador booleano “and”. Na busca, encontrou-se 32 artigos.

Após a utilização dos critérios de seleção e leitura minuciosa dos artigos foram selecionados seis os quais foram utilizados no escopo da pesquisa. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Nos artigos selecionados observou-se relato de uma incidência de aproximadamente 10% a 20% de casos de depressão pós-parto. Desses, 50% dos casos foram diagnosticados na clínica diária, no entanto, foi descrito que menos de 25% das puérperas acometidas pela doença tiveram acesso ao tratamento. O conflito conjugal também pode predispor a mãe à depressão, pois a relação conjugal tende a ser o relacionamento mais importante nessa fase do puerpério. Mulheres que vivenciaram muito estresse na gestação e no parto, e as que não puderam contar com apoio social, especialmente do cônjuge, podem ter grandes chances de desenvolver depressão. Assim faz-se necessária a atenção do enfermeiro, para com essa mulher nesse período de gravidez, uma vez que por meio da observação poderá perceber como se encontra sua vida conjugal e familiar, e assim identificar precocemente os sinais que possam levar a uma DPP. Durante o processo de enfermagem pode ser aplicado o exame mental, que identificará precocemente os sintomas que possam vir a desencadear uma DPP. Outra atividade importante a ser desenvolvida pelo enfermeiro será a realização das ações educativas, as quais terão como objetivo prestar esclarecimentos quanto às dúvidas relacionadas à gestação, parto e pós-parto. Mesmo o maior risco ocorrendo no pós-parto, a atenção a essas mulheres deve ser contínua, desde o início da gravidez. A lógica subjacente a esse enfoque é que o aumento no nível da atenção à saúde, durante o período pré-natal ou logo após o parto, pode reduzir o impacto dos fatores de risco psicossociais no humor pós-parto. **CONCLUSÃO:** Desta forma, levando em consideração os fatos, existe a necessidade de um melhor monitoramento das puérperas, por parte dos profissionais de enfermagem, para que assim possam ofertar um atendimento de qualidade e garantir o atendimento das suas necessidades. Portanto, o enfermeiro, por ser o profissional mais próximo das puérperas, pode contribuir na prevenção da DPP.

Palavras-chave: Enfermagem. Depressão. Puerpério.

REFERÊNCIAS

FRANCISQUINI, Andréa Rodrigues et al. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p.743-751, 26 nov. 2010.

KONRADT, Caroline Elizabeth et al. Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.33, n.2, pp.76-79, 2011.

MENEZES, Francislene Lopes et al. Depressão Puerperal, no âmbito da Saúde Pública. **Rev. Saúde (Santa Maria)**, Florianópolis, v. 38, n. 1, p.21-30, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/3822>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

SOBREIRA, Nádyia Aparecida Soares; PESSÔA, Célia Geralda de Oliveira. Assistência de Enfermagem na detecção da depressão pós-parto. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga: Unileste-mg, v. 5, n. 1, p.905-918, jul./ago. 2012.



VALENÇA, Cecília Nogueira; GERMANO, Raimunda Medeiros. **Prevenindo a Depressão Puerperal na estratégia saúde da família:** ações do enfermeiro no pré-natal. Rev. Rene, Fortaleza, Fortaleza, v. 11, n. 2, p.129-139, 27 jul. 2010. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12332/1/2010_art_cnvalenca.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2017.

VELASQUE, Elza Aparecida Gomes; PRADEBON, Vania Marta; CABRAL, Fernanda Berhegaray. O Enfermeiro no processo parir/nascer: estratégia de cuidado e humanização do parto. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p.80-87, jan./abr. 2011.



OS DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Fábio Claudiney da Costa Pereira
Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson
Isamara Tayanne dos Santos Galvincto de Oliveira
Melina de Oliveira Pimentel
Tayssa Suelen Cordeiro Paulino

INTRODUÇÃO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é compreendida como uma estratégia metodológica capaz de facilitar a produção do cuidado e favorecer a organização das atividades nos serviços de saúde, para que a assistência seja efetivada de forma qualificada e resolutiva. Nos últimos anos, em algumas instituições de saúde, vem sendo utilizada através do Processo de Enfermagem (PE). No Brasil, o PE como método da SAE vem sendo implantado há décadas, quando foi introduzido por Wanda de Aguiar Horta, com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, mas apenas com a legalização, é que passou a ser exigida dentro das instituições de saúde brasileiras. O uso da SAE foi endossado pela Resolução 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na qual estabelece e normatiza sua implantação em âmbito nacional, em instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas. Contudo, nos dias de hoje ainda é possível perceber que essa resolução por si só não oferece subsídios suficientes para implantação dessa metodologia. Implantar a SAE atualmente é considerado um desafio, principalmente no que diz respeito a não-capacitação para execução do PE em suas etapas, o que culmina com o desinteresse e a falta de adesão do método assistencial nas instituições de saúde. Dentre os principais desafios, destacam-se: a deficiência na abordagem do tema na vida acadêmica; a falta de articulação entre teoria e prática; a grande demanda de serviços burocráticos e administrativos; os incipientes recursos humanos e materiais para o cuidado; ou seja, em sua grande maioria, são causas que representam problemas conceituais, estruturais e organizacionais. Nesse ínterim, a relevância desse tema para o campo da enfermagem atribui-se ao fato de contribuir com as discussões sobre a implantação e execução da SAE nas instituições de saúde como forma de refletir sobre a necessidade de transformação da sua realidade, na tentativa de romper com a dicotomia entre o que é preconizado e o que é realizado no cotidiano de trabalho da enfermagem. Considerando todos os fatores intervenientes na implantação e execução da SAE, sua importância e exigência pelo COFEN nas instituições de saúde, diante da grande demanda de pacientes necessitados de cuidados sistematizados, seguros e resolutivos. Portanto, o presente estudo teve como o objetivo identificar nas produções científicas nacionais de enfermagem os desafios no processo de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa do tipo pesquisa bibliográfica. A busca ocorreu em periódicos indexados à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Para seleção dos textos, considerou-se artigos científicos completos, disponíveis online, no idioma português. Logo, foram excluídos artigos com formato editorial, teses, dissertações e manuais do Ministério da Saúde. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Foram localizados 45 artigos e destes 13 discutem claramente os desafios de implantação da Sistematização da

Assistência de Enfermagem. O maior número de artigos concentrou-se no ano de 2013, o que sugere a atualidade da temática. Tratando-se dos periódicos nos quais as pesquisas foram publicadas, em sua maioria são revistas específicas de Enfermagem, este dado pode estar associado à relevância do tema para esta área. Sobre a metodologia utilizada nas pesquisas, dentre os 13 (100%) estudos selecionados, todos, unanimemente, apresentaram abordagem qualitativa. Esse tipo de abordagem enfatizou fenômenos significativos a respeito das percepções pela equipe de enfermagem sobre a SAE, com trabalhos desenvolvidos a maioria em estudos de campo, relacionando-a com experiências, assistência profissional e qualidade de vida. Relativo à autoria das publicações, evidenciou-se que todos os estudos selecionados foram realizados por enfermeiros, envolvendo especialistas, mestres e doutores. Esse dado é muito significativo, pois mostra a independência da Enfermagem nas produções científicas. No que se refere aos desafios apontados pelos artigos para a implantação da SAE, obteve-se de forma majoritária a falta de conhecimento por parte dos profissionais. Essa dificuldade em adotar a prática assistencial de forma sistematizada advém da deficiência de embasamento científico, resultado do processo de formação acadêmica desses profissionais que normalmente é realizado dentro de uma estrutura teórica pouco adequada para a prática de enfermagem. Ainda com relação ao processo de formação dos enfermeiros, autores apontam que em decorrência disso, estes profissionais têm dificuldade em relacionar a teoria à prática, quando se trata de SAE. Muitos deles têm dificuldade de operacionalizá-la, por considerarem-na uma atividade teórica, que se encontra apenas no papel, muito distante da realidade. Outro desafio bastante recorrente é a falta de interesse por parte desses profissionais. Em um estudo realizado sob a ótica de discentes de enfermagem, constatou-se que o requisito básico para que a implantação da SAE se efetive é a conscientização do enfermeiro e de toda a equipe sobre a importância e necessidade dessa metodologia. Estudos apontam que esse desinteresse atribui-se à falta de orientação quanto à sua importância, ou mesmo, ao fato de não estarem envolvidos na sua elaboração. A utilização da SAE como estratégia para organização do gerenciamento do cuidado é outra dificuldade relatada pelos autores em virtude dos desafios que perpassam no cotidiano do enfermeiro no que concerne a sua operacionalização, quais sejam: implementar a SAE de maneira correta em um contexto de resistência por parte de alguns integrantes da equipe de enfermagem; ausência de protocolos, impressos; registros de enfermagem incompletos; escassez de enfermeiros, despreparo da equipe de enfermagem, bem como a falta de capacitação da mesma. A aplicação da assistência de enfermagem sistematizada possibilita ao enfermeiro atingir sua autonomia profissional e embora isto seja uma constatação, encontra-se bastante resistência por parte destes profissionais em colocá-la em prática no seu cotidiano. Nos estudos sobre as dificuldades de implantação da SAE na visão do enfermeiro, observou-se que grande parte refere-se à falta de profissionais, algo muito comum nos hospitais atualmente, quando nos deparamos com as diversas limitações enfrentadas, desde a responsabilidade em assumir várias enfermarias, atividades burocráticas e administrativas, até a alta demanda de pacientes. Pode-se perceber também na opinião destes profissionais, que as condições do ambiente de trabalho, muitas vezes relacionadas a um déficit tanto na estrutura física quanto de recursos materiais, ambos necessários à implementação da SAE, são desafios encontrados para a implantação do referido processo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante do levantamento bibliográfico, constatou-se que ainda são muitos os desafios encontrados na implantação da SAE no cotidiano de trabalho do enfermeiro; entretanto, verificou-se que apesar de



cada autor representar diferentes contextos e realidades em seus estudos, os problemas são semelhantes e recorrentes. Fica evidente que apesar do crescimento e iniciativas na implantação de novas metodologias assistenciais, ainda se faz necessário uma maior articulação científica para que a SAE seja encarada como elemento fortalecedor da identidade profissional e promotor de uma assistência de qualidade. Destaca-se a importância da SAE e a necessidade de sua valorização por todos, desde a própria equipe de enfermagem, os demais profissionais de saúde, até os gestores responsáveis por captar e empregar recursos tanto materiais como humanos.

Palavras-chave: Enfermeiros. Processos de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Assistência ao Paciente.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, E. P et al. **Sistematização da Assistência de Enfermagem:** dificuldades de implantação na visão do enfermeiro. *Perspectiva*, v.36, n.133, p.41-51, mar. 2012.

GOMES, L. A.; BRITO, D. S. Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI**, v.5, n.3, p.64-70, jul./set. 2012.

GONÇALVES, L. R. R. et al. O desafio de implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem sob a ótica de discentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.11, n.3, p.459-465, set. 2007.

GRANDO, T.; ZUSE, C. L. Dificuldades na instituição da Sistematização da Assistência de Enfermagem no exercício profissional: revisão integrativa. **Revista Contexto & Saúde Ijuí**, v.14, n.26, p. 28-35, jan./jun. 2014.

MOREIRA, V. Sistematização da Assistência de Enfermagem: desafios na sua Implantação. **InterScientia**, v.1, n.3, p.60-79, set./dez. 2013.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RENAL EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Alexssandro de Lima Domingos

Ana Larissa Mota Silva

Andressa Mônica Gomes Fernandes

Jéssica Louize Ramos de França

Viviane Kalyne Pereira da Silva Souza

INTRODUÇÃO: Os rins são órgãos pares responsáveis por inúmeras funções que preservam a homeostasia e equilíbrio do organismo tais como, filtrar as impurezas no sangue, manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico, excreção de catabólicos, controle da pressão arterial e função reguladora hormonal. Para que haja a manutenção da homeostase, os rins retiram do sangue a ureia e o ácido úrico, reabsorvem a albumina, o sódio, o potássio e o cálcio, excretam substâncias indesejáveis como o fósforo e o hidrogênio e secretam hormônios para o controle da pressão arterial, do cálcio e do fósforo, e participam do mecanismo de eritropoiese. Se esses órgãos perdem sua capacidade de exercer essas funções regulatórias, excretórias e endócrinas ocorre o comprometimento de todos os órgãos do corpo humano, e a partir disso surgir como causa ou complicações de um internamento. A insuficiência renal pode ser aguda (IRA) quando é reversível, é caracterizada pela rápida queda da capacidade dos rins em retirar as escórias do organismo pela filtração do sangue fazendo com que a mesma acumule-se causando distúrbios hídricos, eletrólitos e ácido-básicos e também pode ser crônica (IRC), caracterizada como uma lesão do parênquima renal e/ou pela diminuição da função dos rins por um período igual ou superior a três meses. Dentro do contexto de hospitalização em unidades de terapia intensiva (UTI) a insuficiência renal pode surgir como uma complicação desse internamento. A UTI tem como função atender pacientes que necessitam de cuidados complexos e especializados, sendo essas unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco, que dispõem de assistência e de enfermagem ininterruptamente, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados, e que têm acesso a outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e terapêutica. Conforme a literatura pesquisada a incidência da IRA em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) varia de 17% a 35%, pesquisa de Bernardina et al. (2008). O enfermeiro e equipe de enfermagem devem estar atentos aos cuidados e intervenções de enfermagem para dar a assistência ao paciente nefropata agudo ou crônico que necessita de assistência ininterrupta e/ou por vezes de tratamento dialítico dentro da unidade de terapia intensiva. O presente trabalho tem como objetivo descrever as principais intervenções e cuidados de enfermagem ao paciente com insuficiência renal internado em unidade de terapia intensiva. Justifica-se esse trabalho tendo em vista o aumento da taxa de mortalidade dessa clientela e que foi percebida uma escassez de trabalhos referentes ao tema. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo, realizado por meio de pesquisa bibliográfica. A busca foi realizada em base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde que foram: LILACS, SCIELO, BDENF, o período da busca foi do mês de agosto de 2016 a abril de 2017. Descritores em saúde utilizados para seleção: insuficiência renal; cuidados de enfermagem; unidade de terapia intensiva; intervenções; diálise renal, e operadores booleanos: AND e OR. Foram identificadas 17 pesquisas, no entanto, analisou-se 08 artigos que atenderam aos critérios de inclusão: texto completo em PDF,

língua portuguesa, publicações a partir do ano de 2005 e exclusão: artigos em língua estrangeira, artigos somente resumo e anteriores ao ano de 2005, previamente estabelecidos. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Para que haja uma adequada assistência de enfermagem a essa clientela, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento para detectar fatores que podem levar à injúria renal e suas adequadas ações, porém conforme as pesquisas foi observado que o conhecimento de enfermeiros que trabalham em unidade de internação, emergência e terapia intensiva de hospitais públicos e privados, sobre diagnóstico, prevenção e sinais clínicos de IRA não é adequado. É de importância que o enfermeiro e sua equipe reconheçam fatores e causas que podem levar à insuficiência renal, seja aguda ou crônica. As medidas de proteção renal devem merecer atenção especial em todos os pacientes com riscos potenciais de desenvolver IRA. Alguns dos fatores de risco que podem levar à insuficiência renal são: hipovolemia, choque séptico, politraumas, gravidade das doenças e a idade dos pacientes. Uma grande parcela de casos de IR poderiam ser evitados com medidas preventivas e atenção, por meio de melhor análise do paciente, evitando o uso de drogas nefrotóxicas, o controle hidroeletrólítico acompanhado e monitorizado pela enfermagem é necessário que seja traçado um plano de cuidados para prevenir a progressão do paciente grave à insuficiência renal e esse plano deve incluir realização de técnica asséptica em todos os procedimentos invasivos, cuidadosa higienização das mãos, monitorização de sinais de infecções, colher material para cultura, controlar temperatura, observar creatinina, ureia, leucócitos, hemoglobina, níveis de plaqueta, exames de coagulação e hematócrito, prevenção de choque, a regulação hemodinâmica e o controle ácido-básico e da infecção. Para diminuir o alto índice de mortalidade em pacientes em UTI que evoluem com IRA ou IRC é necessária a monitorização clínica cuidadosa, observando controle do balanço hidroeletrólítico, além da correção de fatores que contribuem para a piora clínica desses pacientes como a presença de HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), hipovolemia, prescrição, dosagem e administração de drogas nefrotóxicas por exemplo. Além disso, a monitorização e manutenção da pressão arterial média acima de 80 mmHg (afim de evitar a hipoperfusão renal), oxigenação adequada, buscando assim a manutenção da homeostasia renal e evitando-se a evolução para os estados de insuficiência. **CONCLUSÃO:** As ações e intervenções prioritárias do enfermeiro ao paciente renal em UTI sejam para evitar que esse cliente evolua com uma IR ou para amenizar as complicações de uma insuficiência renal já instalada são prioritariamente: a monitoração dos sinais vitais, administração de medicamentos e orientações quanto ao peso corporal, a monitorização dos fatores como sepsis, o choque séptico e as doenças respiratórias e cardiovasculares que levam à evolução desses pacientes a IR, a regulação hemodinâmica e o controle ácido-básico e da infecção, monitorização rigorosa do controle hídrico, controle hidroeletrólítico são importantes ações que devem ser destacadas. Cuidados esses frente ao paciente renal em UTI, seja aquele que poderá evoluir com IR aguda ou crônica, seja o paciente que já evoluiu com IR e necessita de tratamento dialítico. Nota-se a escassez de trabalhos sobre este tema visto que é necessário a realização de mais pesquisas sobre o tema, buscando as intervenções de enfermagem tanto de forma preventiva como curativas a esta clientela de risco.

Palavras-chave: Insuficiência renal. Cuidados de enfermagem. Unidade de terapia intensiva. Intervenções. Diálise renal.



REFERÊNCIAS

ALVES, Luana de Oliveira; GUEDES, Carolina Cristina Pereira; COSTA, Beatriz Gerbassi. As ações do enfermeiro ao paciente renal crônico: reflexão da assistência no foco da integralidade. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online**; Rio de Janeiro, v.8, n.1, 3907-3921, jan./mar 2016. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=27384&indexSearch=ID>>. Acesso em: 17 abr. 2017
BDENF - Enfermagem | ID: 27384.

BERNADINA, Lucienne Dalla et al. Evolução clínica de pacientes com insuficiência renal aguda em unidade de terapia intensiva / Evolución clínica de pacientes com insuficiencia renal aguda em La unidad de cuidados intensivos. **Acta paul. enferm** ; São Paulo, p. 174-178, v.21(Número especial), 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000500007>. Acesso em: 06 out. 2016. Artigo em Inglês, Português | BDENF - Enfermagem | ID: bde-18951.

FAVA, Silvana Maria et al. Complicações mais frequentes relacionadas aos pacientes em tratamento dialítico / Common complications for patient sundergoing dialysis. **REME Revista Mineira de Enfermagem**; Minas Gerais, p. 145-150 v.10 n.2, abr/jun. 2006. Disponível em:<<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-14753>>. Acesso em: 06 out.2016. Artigo em Português | BDENF - Enfermagem | ID: bde-14753.

NASCIMENTO, Roseli Aparecida Matheus do et al.. Conhecimento do enfermeiro para identificação precoce da Injúria Renal Aguda. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. 2016, vol.50, n.3, p.399-404. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342016000300399&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 abr.2017.

NASCIMENTO, Cristiano Dias; MARQUES, Isaac R.. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. **Rev. bras. enferm. [online]**. 2005, vol.58, n.6, pp.719-722. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672005000600017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2017.

SANTOS, Eliandro; MARINHO, Carina. Principais causas de insuficiência renal aguda em unidades de terapia intensiva: intervenção de enfermagem. **Rev. de Enfermagem Referência**, III série, v.9, p. 181-189, mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn9/serIIIn9a19.pdf>>. Acesso em: 06 out.2016.

SILVA, Richardson Augusto Rosendo da et al. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes em diálise peritoneal. **Acta paul. enferm**; São Paulo, p. 486-93 v.29 n.5, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n5/1982-0194-ape-29-05-0486.pdf>>. Acesso em: 15 abr.2017.

SOUZA, Marcelo Lopes de et al. Incidência de insuficiência renal aguda e crônica como complicações de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva / Incidence of acute and chronic renal failure as complications of patients hospitalized in



an intensive care unit. **Revista Conscientiae Saúde**. São Paulo, v.9, n.3, p. 456-461, 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-586210>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

MEDIDAS PREVENTIVAS DO ENFERMEIRO CONTRA O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Andressa Mônica Gomes Fernandes
Danielle Rodrigues Barbosa
Elbany Raiana Maurício Lopes
Marília Soares Marques
Mary Wssarah da Silva Nunes
Rafaela Costa de Medeiros Moura

INTRODUÇÃO: O Câncer de Colo de Útero (CCU) é o terceiro tipo de câncer que mais acomete as mulheres no Brasil. Segundo o INCA (Instituto Nacional de Câncer), embora demore a se desenvolver, seu diagnóstico é facilmente realizado através do exame Papanicolaou. Sua principal causa é a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) e fatores como uma vida sexual precoce, tabagismo, múltiplos parceiros, baixa imunidade e má higienização. O Papanicolaou é um exame simples e rápido, dura em média cerca de 5 minutos e é um procedimento não doloroso, embora cause um certo desconforto. Deve ser evitado uso de duchas vaginais, colocação de cremes na região vaginal e relação sexual três dias antes do exame, pois os mesmos poderão alterar no resultado do exame. O resultado do exame demora em média 14 dias para ficar pronto e possa ser entregue a paciente, o exame é realizado para que se possa observar se existe alguma normalidade como cervicite (inflamação do colo uterino) e displasia cervical e que venha desenvolver algo mais grave como CCU. O útero infectado pelo HPV demora aproximadamente 10 anos para que possa desenvolver o CCU e por isso é indicado que as mulheres realizem o exame periodicamente assim que tiverem a vida sexual ativa para que haja uma prevenção sobre a doença. Assim, neste contexto, muitas mulheres não realizam o exame citológico do colo do útero por desconhecimento de sua importância, vergonha, baixo nível socioeconômico, pertencer a certos grupos étnicos, não ter cônjuge, por exemplo, e o descobrem em estágios mais graves. Dentro desta perspectiva, as mulheres que não sabem da importância da realização do exame acabam não o realizando por falta de conhecimento que é a partir dele que é identificada alguma anormalidade nessa amostra cito patológica, alguns profissionais como o enfermeiro não orientam essas mulheres corretamente explicando-as o porquê que elas devem fazer e sua importância por outro lado tem mulheres que não fazem por terem vergonha de se expor ao profissional enfermeiro, algumas mulheres só vem procurar uma unidade de saúde quando notam que algo está errado e em alguns casos as vezes tarde demais. Essa mulher leiga deve ser orientada pelo enfermeiro sobre o exame também deve ser orientada de como se comportar caso apresente alguma alteração e sobre as formas de tratamentos a partir de uma infecção até o CCU. Aquela mulher que tem o grau de escolaridade maior tem a probabilidade de ser mais orientada quanto a realização do exame periodicamente e realizá-lo assim que tem a vida sexual ativa por isso, procura se cuidar. Sabendo que é um dever do profissional enfermeiro a realização e estimulação da prevenção e, dentro das dificuldades de procura pelos exames preventivos, por parte das mulheres, foi traçado o seguinte objetivo: conhecer, por meio da literatura científica, as medidas preventivas do enfermeiro contra o câncer de colo de útero.

METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão da literatura realizada através da busca de artigos científicos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) na base de dados LILACS (literatura latino-americana e do caribe em ciência da saúde) entre nos meses de janeiro

e fevereiro de 2017, utilizando os descritores: “Câncer de colo do útero” “prevenção”, “enfermagem”. Foram encontrados 15 artigos, dos quais apenas 6 foram utilizados por estar de acordo com os critérios de inclusão: ser artigos científicos, disponíveis no momento da pesquisa, publicados nos últimos dez anos no idioma português. Os critérios de exclusão foram artigos em outro idioma, disponíveis somente em resumo e publicados em anos anteriores a 2010. O tratamento dos dados foi realizado por meio da descrição e análise crítica. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A realidade das usuárias, principalmente as que possuem baixas condições socioeconômicas, observa-se que a assistência a saúde e a disseminação da informação muitas vezes é negligenciada ocasionando assim a baixa procura para a realização do exame. Grande parte da população conhece sobre a importância do exame cito patológico, mesmo assim com todas as informações acessíveis, este exame desperta sentimentos de vergonha, desconforto, dor e o medo, mas deve ser durante as consultas que o profissional precisa dispor de uma maior sensibilidade e compreensão com as pacientes durante a realização do exame, quebrando as barreiras e estabelecendo vínculos de confiança com as usuárias. Destarte, se faz necessário à presença de ações voltadas para a promoção da saúde onde possam ser bem estruturadas, humanizadas e que contribuam para um atendimento de qualidade. Assim, por meio destas ações, as usuárias poderão ser capazes de compartilhar as experiências, informações e o esclarecimento de dúvidas, gerando assim sentimentos de satisfação nas mesmas. A adesão das mulheres ao exame preventivo de CCU após intervenção educativa em saúde, houve um aumento significativo de 83,3% no número de mulheres na procura do exame preventivo, o que mostra a efetividade da educação em saúde como incentivo a realização da prevenção do CCU. O acolhimento dessas mulheres na estratégia de saúde da família deve ser feito de forma humanizada, oferecendo-a uma assistência satisfatória desde a recepção até a saída, isso faz com que a usuária sinta-se estimulada ao autocuidado e busque novamente a unidade, criando vínculos de confiança e credibilidade com os profissionais que a acolherem de forma digna. Como parte do processo de prevenção ao câncer de colo uterino, utiliza-se a busca ativa, realizada pelos agentes comunitários de saúde (ACS) os quais tem como atribuição estimular o vínculo das mulheres que por algum motivo não tem acesso aos serviços de saúde ou não tem com quem deixar os filhos. Destarte tem-se também como necessidade levar a essas usuárias as informações básicas para que haja a sensibilização da importância do CCU e que busquem as ESF. A enfermagem é constantemente desafiada a inovar os meios de captação das mulheres em demanda reprimida, principalmente porque essas intervenções de promoção à saúde devem estar voltadas para as diferenças de crenças, hábitos de vida e valores culturais e éticos. Alguns meios para a atração dessas usuárias pode ser por meio da elaboração de convites para uma roda de conversa sobre a importância do exame preventivo e o auto cuidado. Tendo como objetivo a educação em saúde voltada para a prevenção do CCU é possível perceber uma maior adesão dessas mulheres através da troca de experiências, destacando uma oportunidade de se derrubar mitos e medos e favorecer a construção de conhecimento e motivar as usuárias a ter uma maior autoridade sobre a sua saúde. Com a utilização de métodos contraceptivos de barreira como a camisinha e a vacina contra HPV que previne contra os tipos de HPV 16 e 18 e oferece 93,2% de eficácia na proteção contra as lesões pré-cancerosas no colo do útero. Acrescenta, ainda, a formação de laços entre as usuárias e a enfermagem, permitindo que se possa constituir uma base para o processo de humanização através do dialogo. Assim, a presença de grupos de conversa é uma pratica a qual transforma a vidas das mulheres inseridas no



contexto biopsicossocial da comunidade, fortalecendo sua autoestima para assegurar uma melhor qualidade de vida. **CONCLUSÃO:** Investigar formas de prevenção do CCU é importante para não só conhecê-las, mas também para divulgá-las na comunidade acadêmica e na sociedade com o intuito de promover a sensibilização das pessoas quanto a prevenção desse tipo de câncer que tanto afeta a vida das mulheres.

Palavras-chave: Câncer de colo do útero. Prevenção. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. S. C. et al. Compreensão de usuárias de uma unidade básica de saúde da família sobre o exame Papanicolau. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n.2, p. 2301-2310, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001600014>. Acesso em: 05 maio 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. In: BRASIL. **Controle dos Câncer de colo do útero**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

OLIVEIRA, P.S.D. et al. Adesão das mulheres ao exame preventivo de câncer de colo de útero: um ensaio comunitário. **Rev. enfermagem UFPE**., Recife, v.10, n.2, p.442-8, fev., 2016. Acesso em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/bde-28263>>. Acesso em: 11 maio 2017.

SANTOS, A.M.R.. et al. Câncer de Colo Uterino: Conhecimento e Comportamento das Mulheres para Prevenção. Fortaleza, **Rev. Bras. em Promoção da Saúde**, v.28, n.2, p.153-159, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/3066>>. Acesso em: 15 de outubro de 2016.

SOUZA, K. R.. et al. Educação Popular como Instrumento Participativo para a prevenção do Câncer Ginecológico: Percepção das Mulheres. Universidade Estadual da Bahia. **Rev Cuidarte**, v.6, n.1, p. 892-9 Publicado em: 05 de dezembro de 2014. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=28902&indexSearch=ID>>. Acesso em: 12 maio 2017.

CONSEQUÊNCIAS DO USO INDISCRIMINADO DE ANTIBIÓTICO

Cícero Luciano da Silva
Delanne Cristina Souza de Sena Fontinele
Joyce Katiane Pedrosa Silva Gomes
Karla Mayara Gonçalves de Carvalho
Maria de Fátima Moura
Sheyla Priscylla Silva Oliveira

INTRODUÇÃO: As bactérias são seres simples e microscópicos, estes foram relatados pela primeira vez por Antony Van Leeuwenhoek. As bactérias podem estar presentes em todos os lugares, e com isso surgiu a necessidade de estudá-las e classificá-las para a obtenção de medicamentos eficazes contra as mesmas (NOGUEIRA; MIGUEL, 2010). A "descoberta" dos antibióticos tem papel fundamental sobre a expectativa e qualidade de vida da população ao permitir a cura de doenças que outrora eram consideradas letais (ARRUDA, 2008). Os antibióticos são uma classe de medicamento antimicrobiano indispensável à área médica, sendo os mais receitados, são constituídos por substâncias químicas sintetizadas de organismos vivos ou produzidas por eles. A ação dessas substâncias se dá pela capacidade de inibição de processos vitais de outros organismos (HARAGUCHI, 2000; BRITO; CORDEIRO, 2012). Atualmente, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N° 20 da ANVISA (ANVISA, 2011), esses medicamentos só podem ser utilizados com indicação médica, a fim de tratar infecções bacterianas, porém esta não é a realidade vivenciada atualmente (ARRUDA, 2008). Desta forma, a seleção de bactérias resistentes vem acontecendo ao longo do tempo, essa resistência microbiana nada mais é do que cepas de microrganismos capazes de se multiplicar na presença de elevadas concentrações de antimicrobiano, o que é um problema de saúde pública, uma vez que a disseminação das bactérias resistentes pode nos levar a um ponto onde não haverá qualquer opção de tratamento para os portadores destas cepas (MOURA, 2007; WANNMACHER, 2004). A partir dessa temática, a apropriação de informações em torno desse assunto, para uma melhor elucidação, se faz necessário, e mais ainda para os profissionais da área de saúde. Dentro desta perspectiva questionou-se: Qual a importância de evitar o uso inadequado de antibiótico? Diante das informações anteriores, o presente trabalho tem como objetivo esclarecer a problemática do uso indiscriminado dos antibióticos. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada em maio de 2017, através da busca de artigos científicos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciElo) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde) por meio do descritor: antibióticos, antibacteriano e Medicamentos Antibióticos. Como critérios de inclusão foram utilizados artigos disponibilizados em texto completo, em língua portuguesa, publicados entre 2000 e 2017 e que estão relacionados com o tema. Já os critérios usados para exclusão foram artigos em língua estrangeira, publicações anteriores ao ano de 2000 e que não foram condizentes com o objeto de pesquisa. Ao final, foram selecionados 08 textos, sendo 01 monografia, 01 dissertação, 03 livros, 01 resolução da diretoria colegiada e 02 artigos. O tratamento dos dados foi realizado por meio da descrição e análise crítica do objeto de estudo. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Através do estudo dos artigos encontrados foi possível constatar que, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) publicados em 2012 são registrados cerca de 25 mil mortes por ano

decorrente de infecções por bactérias resistentes. Wannmacher (2004) afirma que este número alarmante demonstra a necessidade de conscientizar verdadeiramente os profissionais de saúde para que estes adotem medidas de controle, uma vez que as infecções por cepas resistentes já deixou de ser restrita a hospitais, estando presentes nas comunidades (BRITO; CORDEIRO, 2012). A prevalência das infecções de cepas resistentes está associada à falta de novos medicamentos eficazes, o que possibilita sua disseminação. Sabe-se que o sucesso de muitos tratamentos de saúde depende da disponibilidade de novos e/ou mais eficazes fármacos antimicrobianos, entretanto, sem a obtenção desses medicamentos e a disseminação dessas cepas microbianas, as consequências são previsíveis, como por exemplo, a diminuição da qualidade de vida, devido ao aumento da morbidade e prolongamento das doenças, além de interferência na taxa de mortalidade, visto que há maior risco de complicações médicas devido a falta de medicamento adequado. Os gastos econômicos são outro fator negativo determinante, através da perda da produtividade e o aumento dos custos, diagnósticos e de tratamento (KIENY, 2012). A relação entre o aparecimento da resistência antimicrobiana e o uso inadequado do antibiótico é evidente, sendo necessária a adoção efetiva de medidas de controle para o uso, no entanto existem diversos fatores que acabam por influenciar as pessoas no sentido contrario, ou seja, promovendo o uso irracional do antibiótico, como é o caso das grandes empresas farmacêuticas que induzem o uso do medicamento mais atual, e consequentemente, mais caro, que aliado ao desejo de satisfazer o cliente acaba por influenciar a prescrição médica (WANNMACHER, 2004). Existe uma preocupação global sobre a resistência bacteriana, uma vez que os antimicrobianos não exercem influencia apenas em pacientes em tratamento, e sim, todo o ecossistema onde este inserido, desta forma, cada vez mais os antibiótico vem sendo o tema de pesquisas e publicações atuais, mostrando, entre outros aspectos, que a população (inclusive os profissionais da área de saúde) ainda não se conscientizou a respeito desse grande potencializador de resistência bacteriana. **CONCLUSÃO:** O presente trabalho trouxe esclarecimentos em torno do uso indiscriminado dos antibióticos. Apesar da boa quantidade de artigos científicos encontrados sobre o tema, é pertinente propor que se faz necessário maior investimento no que diz respeito à conscientização da população em geral e adoção de boas práticas pelos profissionais de saúde, visando diminuir a quantidade de infecções e prescrições desnecessárias do antibiótico. Tendo em vista o exposto, é imprescindível que a população consiga discernir o impacto global sobre a morbimortalidade e os gastos dispendiosos com a saúde devido à resistência microbiana. Pode-se dizer que a contenção deste problema de saúde publica só será efetiva com a conscientização e a utilização racional do antibiótico. Muitos passos já foram dados desde a descoberta das bactérias e dos antibióticos, porém é necessário que novos passos sejam dados em rumo do desenvolvimento de novos medicamentos e vacinas, projetos político educacionais que visem esclarecer cada vez mais os usuários sobre as infecções e do uso adequado de medicamentos.

Palavras-chave: Antibióticos. Antibacteriano. Medicamentos Antibióticos



REFERÊNCIAS

- ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da diretoria colegiada- RDC nº 20, de 05 de maio de 2011. Disponível em: <anvisa.gov.br/legis> Acesso em: 10 maio 2017.
- ARRUDA, Natália. Conceitos Gerais sobre Agentes Antimicrobianos. 2008. 18 f. Monografia (Especialização) - Curso de Microbiologia, Academia de Ciência e Tecnologia, São José do Rio Preto, 2008. Disponível em: <http://www.ciencianews.com.br/arquivos/ACET/IMAGENS/revista_virtual/microbiologia/micro11.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.
- BRITO, Monique Araújo de; CORDEIRO, Benedito Carlos. Necessidade de novos antibióticos. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. v. 48, n. 4, p. 247-249. ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpm/v48n4/v48n4a02>>. Acesso em: 10 maio 2017.
- HARAGUCHI, Toshio. **Antibióticos**: classificação geral. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 10, n. 57, p.109-114, out. 2000. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=69>. Acesso em: 10 maio 2017.
- KIENY, Marie Paule. A crescente ameaça da resistência antimicrobiana: Opções de ação. Genebra: OMS, 2012. 16 p. (Sumário Executivo). Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75389/3/OMS_IER_PSP_2012.2_por.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.
- MOURA, Josely Pinto de. **Conhecimento dos profissionais de enfermagem referente à resistência bacteriana a múltiplas drogas**. 2007. 6 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v20/n3/v20n3a18.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2017.
- NOGUEIRA, Joseli Maria da Rocha; MIGUEL, Lucieny de Faria Souza. Bacteriologia. In: MOLINARO, Etelcia Moraes; CAPUTO, Luzia Fátima Gonçalves Alves; AMENDOEIRA, Maria Regina Reis. Conceitos e métodos para a formação de Profissionais em laboratórios de saúde. Rio de Janeiro: IOC, 2010. Cap. 3. p. 222-398. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cap3.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2017.
- WANNMACHER, Lenita. Uso indiscriminado de antibióticos e resistência microbiana: Uma guerra perdida?. In: OPAS. **Uso racional de medicamentos**: temas relacionados. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Cap. 4, p. 6. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosau/rede_rm/2007/2_060807/opas_1_uso_indiscriminado.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

CONHECENDO OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ACOMETIDO POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Danielle Rodrigues Barbosa
Elbany Raiana Maurício Lopes
Jessica Louize Ramos de França
Marilia Soares Marques
Mary Wssarah da Silva Nunes
Rafaela Costa de Medeiros Moura

INTRODUÇÃO: O cérebro é um órgão complexo que controla as funções corporais. As ligações que o compõem permitem reconhecer, analisar e decodificar estímulos, respondendo a variadas situações, o que o torna fundamental à vida e sobrevivência humana. Entretanto pode sofrer alterações vasculares e consequentes sequelas motoras, sensoriais e de percepção. Um exemplo comum de alteração cerebral é o Acidente Vascular Encefálico (AVE), decorrente de doença cerebrovascular que se caracteriza pela diminuição total ou parcial de fluxo sanguíneo no cérebro e apresenta alto potencial incapacitante. (LESSMANN et al., 2011). Existem dois tipos de AVE: Isquêmico e hemorrágico. O AVE isquêmico é causado pela obstrução de artéria e é o tipo mais comum de derrame, respondendo por 87% de todos os AVE. O AVE hemorrágicos, menos frequentes, são causados por rompimento de um vaso sanguíneo e consequente hemorragia no tecido cerebral, tal ruptura se dá geralmente devido a hipertensão, aneurisma, má formação de arteriovenosa, lesões na cabeça ou discrasias sanguíneas e está associada a uma taxa de mortalidade maior que o AVE isquêmico. O paciente acometido pelo AVE pode apresentar algumas disfunções como ansiedade, depressão, distúrbios do sono e da função sexual, distúrbios motores, sensoriais cognitivos e de comunicação. (CAVALCANTE et al., 2011). Além de provocar problemas no trabalho, perda da produtividade e alto custo devido a necessidade de atendimento, como também problemas financeiros para o paciente e sua família. (BIANCHINI, 2010). O risco de AVE aumenta com a idade, sendo prevalente após os 55 anos de idade. O AVE é uma das principais causas de morbimortalidade no mundo e no Brasil, atingindo 16 milhões de pessoas por ano. No Brasil, são registrados cerca de 68 mil mortes por Acidente Vascular Encefálico anualmente. (BRASIL, 2014) A taxa de morte é de 20% em pacientes não tratados, atingindo níveis de até 50% em casos de hemorragia. (BRASIL, 2013). Ao longo do tratamento de pessoas acometidas pelo AVE, não podemos deixar de enfatizar os cuidados primordiais realizados pela equipe de enfermagem, pois é percebido que simples observações e prevenções têm trazido bastantes resultados. Assim, este trabalho tem como objetivo identificar, por meio da literatura, os cuidados de enfermagem ao paciente com AVE. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão da literatura realizada através da busca de artigos científicos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) na base de dados LILACS (literatura latino-americana e do caribe em ciência da saúde). entre nos meses de janeiro e fevereiro de 2017, utilizando os descritores: “acidente vascular encefálico”; cuidados” “enfermagem”. Foram encontrados 12 artigos, dos quais apenas 9 foram utilizados por estar de acordo com os critérios de inclusão: ser artigos científicos, disponíveis no momento da pesquisa, publicados nos últimos dez anos no idioma português. Os critérios de exclusão foram artigos em outro idioma, disponíveis somente em resumo e publicados em anos anteriores a 2010. O

tratamento dos dados foi realizado por meio da descrição e análise crítica. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os cuidados de enfermagem direcionados aqueles vitimados pelo AVE são fundamentais para sua recuperação. O presente estudo identificou que a ação de enfermagem mais frequente nos artigos investigados foi o estímulo para o autocuidado. De acordo com os artigos investigados os cuidados da equipe de enfermagem no atendimento ao paciente com AVE, são o monitoramento dos SSVV e dos parâmetros fisiológicos, a orientação da família quanto a doença, suas causas, as sequelas, o tratamento e principalmente sobre os cuidados a serem executados no domicílio. Tais funções são essencialmente do enfermeiro, pois acompanham o paciente na internação e durante o processo de alta. E o auto cuidado, processo que deve ser minuciosamente executado com o paciente para uma na boa recuperação. A aferição dos SSVV nesses pacientes normalmente apresentam variações, podendo ser um fator agravante em determinados casos. Realizar a higiene pessoal do paciente mantendo a pele seca e hidratada, além das mudanças de decúbito também é um cuidado essencial para evitar lesão por pressão. Dependendo da situação em que este cliente se encontra é necessário uma maior assistência por parte da equipe de enfermagem, tais como: observar se as eliminações vesicoentestinais estão presentes, avaliar o nível de consciência, controlar o balanço hídrico, realizar exercícios em determinados casos, observar a presença de secreção nas vias aéreas e aspirar se preciso. Estes são alguns dos procedimentos que podem e devem ser realizados pela enfermagem, com o objetivo de recuperar e promover uma melhor qualidade de vida a estes pacientes. Os cuidados da enfermagem apresentam resultados bem significativos, quando se trata do incentivo do auto cuidado, monitorização dos SSVV, orientação aos familiares quanto à reabilitação, mudança de decúbito, entre outros. O presente trabalho vem especificar os principais cuidados ao paciente sequelado do AVE, mostrando como se devem tratar essas pessoas para que tenham uma melhor recuperação e sucessivamente uma melhor qualidade de vida. **CONCLUSÃO:** O presente trabalho vem especificar os principais cuidados ao paciente sequelado do AVE, mostrando como se devem tratar essas pessoas para que tenham uma melhor recuperação e sucessivamente uma melhor qualidade de vida. As orientações dadas ao longo do texto visam informar os cuidados a respeito do incentivo ao paciente no auto-cuidado, na realização de suas atividades sem grandes auxílios e na busca da autonomia. Encontrar artigos científicos sobre a temática de forma específica sobre os cuidados de enfermagem para com os pacientes acometidos pelo AVE foi a maior dificuldade encontrada durante a execução do presente trabalho. Em sua maioria, os artigos encontrados enfatizam a essencialidade do cuidado, porém, não referem quais seriam as ações. Por isso sugere-se mais pesquisa sobre a temática assim como se acredita que é fundamental a divulgação dos resultados para a comunidade acadêmica.

Palavras-chave: Acidente vascular encefálico. Cuidados. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

BIANCHINI, S. M; GALVÃO, C.M; ARCURI, E. A. M. Cuidados de enfermagem com paciente vascular encefálico: revisão integrativa. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília v. 9, n. 2, p.16-92, 2010. Disponível em: <<http://tede.ung.br/handle/123456789/234>>. Acesso em: 18 fev. 2017.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº473, de 26 de Abril de 2013**. Estabelece protocolo de uso do Doppler Transcraniano como procedimento ambulatorial na prevenção do acidente vascular encefálico em pacientes com doença falciforme. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0473_26_04_2013.html>. Acesso em: 18 fev. 2017.

CAVALCANTE, T, F; MOREIRA, R, P; GUEDES, N.G. et al. Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. **Rev Esc Enferm, USP** V. 45, n. 6, p. 1496-1499, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600031. Acesso em: 18 fev. 2017.

LESSMANN, J. CONTO, F. RAMOS, G. et al. Atuação da enfermagem no auto cuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília. v. 64, n. 1, p. 199-201, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a30.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2017

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: CAUSAS E CARACTERIZAÇÕES

Isadora Rodrigues de Moura
Mikarla da Costa Gomes
Nágila Weslyene Siqueira Duarte
Rayane Barboza de Oliveira
Renata Karoline Dantas Silva
Renata Rocha Leal de Miranda Pereira Pinheiro

INTRODUÇÃO: Neste trabalho analisam-se as questões relacionadas às violências contra as crianças e os adolescentes, suas causas e consequências, na cidade de Natal (Estado do Rio Grande do Norte), tendo como referência os/as atendidos/as pelos Centros de Referências da Assistência Social (CRAS), um serviço de atendimento as crianças, adolescentes e seus familiares em situações de risco e violação de direitos. Vive-se na contemporaneidade um momento pleno de desafios, no qual é necessário ter coragem, esperança, resistir e sonhar, como forma de enfrentar o presente. É preciso alimentar os sonhos e concretizá-los no horizonte de novos tempos – mais justos humanos e solidários. A atual conjuntura nos mostra o contexto de miséria e degradação humana, decorrente das relações desiguais e hierarquizadas, inscritas no modelo de sociedade contemporânea, o qual é perpassado pela ideologia neoliberal. Para Antunes (1997) esse modelo de desenvolvimento que imprime um padrão de vida moderno a todos as realidades sociais, e ao mesmo tempo submete aos interesses do grande capital, o modo de viver, produzir e reproduzir das diversas classes sociais geram na sociedade o agravamento da questão social. Notadamente, da violência contra os sujeitos mais fragilizados, em particular, as crianças e os adolescentes, mas também a população sênior que não faz parte deste nosso estudo. Neste contexto situa-se a problemática da violência contra crianças e adolescentes, onde essa realidade demanda a elaboração e o acompanhamento de políticas sociais que possam intervir na prevenção e no enfrentamento dessa violência cometida contra esse segmento populacional. São estes tempos de crise, em que cresce o desemprego, o subemprego e a luta por meios de sobrevivência neste período de divisas, de gente impossibilitada de trabalhar, ameaçada na própria vida. **OBJETIVOS:** Nesse sentido esse estudo tem como objetivo geral: compreender a violência contra as crianças e os adolescentes na cidade do Natal/RN. Apresentando-se como objetivos específicos: Identificar os tipos de agressores da violência contra crianças e adolescentes; Entender essa violência infanto-juvenil na contemporaneidade; Analisar as diferentes formas de violência que podem ocorrer entre os jovens. Esta pesquisa apresenta-se de fundamental relevância, pois contribui com as investigações e políticas públicas na área da política de atenção a criança e ao adolescente, a compreensão dos serviços e as políticas municipais na área da violência, com o intuito de potencializar transformações pertinentes a garantia de direitos. **METODOLOGIA:** Do ponto de vista epistemológico, esta investigação se inscreve, privilegiadamente, num paradigma analítico; optou-se por uma abordagem de complementaridade entre procedimentos quantitativos e qualitativos que melhor garanta o esclarecimento da questão da violência contra crianças e adolescentes, como uma das expressões das relações econômicas, de gênero, de raça e de cultura que configuram a estrutura material e simbólica da sociedade. Enquanto procedimentos metodológicos de recolha e análise de dados que foram cruzados e tratados por meio de análise de

conteúdo, relevou-se a pesquisa bibliográfica e documental sobre a temática e a realização de entrevistas semi-estruturadas com profissionais que atendem crianças e adolescentes vítimas da violência do CRAS. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Tal análise, baseada nos CRAS, vem apontando para a continuidade de práticas assistencialistas e clientelistas e para as poucas mudanças no atendimento das vítimas de violência: apesar de manter em características paliativas e assistencialistas, favorecendo a rede de turismo sexual, os centros passam por algumas inovações, em termos de garantia de direitos, a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), destacando, assim, a necessidade de transparência e democratização da gestão de políticas governamentais. A partir da revisão de literatura sobre a temática, observou-se que existe um alto grau de subjetividade e complexidade na área da agressão sofrida por crianças e adolescentes, nas suas diversas formas, estruturais, intra-familiares, físicas e psicológicas. A partir da década de 1990 com o Estatuto da Criança e do Adolescente, percebemos mudanças significativas no âmbito da Política de atenção a criança e ao adolescente, em substituição as práticas coercitivas adotadas de 1920 e 1970, com o Código de Mello Mattos e o Código de Menores. A revisão de literatura mostrou que a violência infanto-juvenil está normalmente relacionada a diversas formas de violência e decorre da sua gravidade, cujas consequências físicas, psicológicas e sociais nas crianças e nos adolescentes clamam por políticas articuladas de proteção integral e de garantia de direitos sociais. Importante ressaltar que essa garantia de direitos é um sistema articulado de espaço e mecanismo de proteção e defesa de direitos, bem como de controle social. De acordo com Bourdieu (1996), a violência se institui na sociedade como algo natural, por meio de processos que são responsáveis pela transformação da história em natureza, do arbitrário cultural em natural. A violência simbólica, imposta por normas, crenças e valores, inter-relaciona-se àquela advinda da ameaça, da força física e do poder econômico, resultando em relações de dominação que produzem e reproduzem um sistema de valores e que promovem o status quo de desigualdade. O estudo situa-se, portanto, no âmbito da violência sexual infanto-juvenil e considera o debate atual acerca da Política Nacional de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, tendo o ECA e o Plano Nacional e Local de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil como seu norteador. Percebe-se que, em termos de legislação brasileira, houve alguns avanços no que se refere a políticas públicas para crianças e adolescentes, de que é exemplo a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), na lei nº 8069/90, um importante instrumento na defesa dos direitos e na promoção social da criança e do adolescente, que reconhece esta população como prioridade absoluta de proteção integral na escola, família e comunidade. Essas políticas públicas são acompanhadas da destinação de recursos públicos para a sua implementação, no sentido de acautelar os direitos voltados à criança e ao adolescente em situação de violência sexual, com vistas aos direitos à vida digna, ao desenvolvimento saudável da sexualidade, à garantia de políticas públicas de inserção socioeconômicas e culturais. De acordo com Campos; Silva (2009) foi constatado que o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes no Brasil, na conjuntura dos anos de 1990, se destacou no âmbito da mobilização social da área da infância, o que levou a temática a compor a agenda pública brasileira e ao reconhecimento pelo UNICEF de que o Brasil é referência para outros países na prática de mobilização e articulação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. **CONCLUSÃO:** Compreendemos que a política municipal em discussão pode contribuir no sentido de potencializar transformações pertinentes a melhoria da



população infanto-juvenil, através da garantia de direitos sociais. No entanto, entendemos também que essas medidas apenas tocam tangencialmente a questão sem alterar o que de fato a desencadeia. Portanto, corroboramos com aqueles que pensam que o enfrentamento da violência infanto-juvenil está relacionado com a superação do modo de produção vigente. Lutar pela garantia de direitos numa sociedade estruturalmente excludente leva-nos à luta pela superação da ordem social capitalista que gera a questão da desigualdade social e a abrangente contradição de classes.

Palavras-chave: Violência. CRAS. População Infanto-juvenil.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no Mundo do trabalho. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1997.

BOURDIEU, Pierre. **O Poder simbólico**. Lisboa: Difel, 1996.

CAMPOS, Herculano Ricardo; SILVA, Ana Paula Queiroz da (org.). **Casa Renascer:** uma história construída por muitas mãos, mentes e corações: Sistematização dos serviços de atendimento. Primeira edição. Apoio UNICEF, KNH, Misereor. Natal/RN. 2009.

FALEIROS, Vicente de Paula; FALEIROS, Eva Silveira. **Escola que protege:** enfrentando a violência contra crianças e adolescentes. Brasília: Coleção educação para todos, 2008.

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

Camila Raiane Souza Clementino Ferreira
Francirene do Nascimento Marcelino
Iza Cristina Leal Bezerra
Izadora Beatriz de Araújo Medeiros
José Arthur Costa Ferreira
Laise Holanda Ribeiro.

INTRODUÇÃO: Este trabalho apresenta o relato dos autores acerca da atuação do Assistente Social na saúde mental, pois a exclusão social foi e ainda é uma dos resquícios dos manicômios, já que a sociedade não aceita como uma realidade “normal” uma pessoa com problemas psíquicos. Temos ainda uma abordagem higienista, recorrente no País, que é uma herança do passado mais precisamente do século XIX, onde a paisagem urbana passava a integrar também os desempregados, moradores de rua, escravos, alcoolistas, prostitutas, pessoas com deficiência física e doentes mentais, esse fato pode ser considerada como “Doença Social” para a elite capitalista. O manicômio, infelizmente, é visto como uma realidade por muita gente que não sabe a história das instituições psiquiátricas ou não teve pessoas próximas internadas. Isso fortalece ainda mais a necessidade de que os fatos nesses locais sejam cada vez mais conhecidos e que a discussão sobre a inserção do doente mental na sociedade seja amplificada. Internar a força ou eliminar quem desestabiliza o bem-estar social e degrada a paisagem urbana parece ser, ainda, mais simples do que compreender a individualidade e a pluralidade de cada sujeito. Com isso embasamos nossa pesquisa sobre a temática, bem como em aulas ministradas em sala de aula no período corrente da graduação de Serviço Social, sendo este nosso ponto de partida para as reflexões feitas e nossas conclusões, considerando a trajetória do Serviço Social em nosso País e sua inserção na saúde, especificamente na saúde mental, principalmente no bojo do movimento da Reforma Psiquiátrica, que proporcionou aos usuários melhores condições de vida, humanizando a atenção voltada a saúde das pessoas com sofrimento mental.

METODOLOGIA: Essa metodologia consiste em uma pesquisa bibliográfica, e é parte integrante de um trabalho que está sendo desenvolvido com o objetivo de entender a atuação e desafios do assistente social no âmbito da saúde mental. Desenvolveu-se esta pesquisa por meio de artigos, textos e citações pertinentes à temática, onde, para iniciarmos, consideramos a trajetória histórica da inserção da profissão no âmbito da saúde mental, onde a prática de atenção, atendimento e acompanhamento em saúde mental é inerente ao profissional de Serviço Social desde o surgimento da profissão no Brasil, ficando evidente que sempre foi e ainda é uma das expressões da questão social concentrada em nossa sociedade. Segundo Vasconcelos (2007), historicamente, a inclusão do assistente social em saúde mental no Brasil tem início em 1946, a partir do trabalho em instituições voltadas para a infância. Posteriormente, o assistente social é incorporado aos hospitais psiquiátricos, contribuindo na “porta de entrada e saída” dos serviços, onde este desempenhava as funções de encaminhamentos e propagação de informações. Com o novo modelo de atendimento à Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde que entrou em vigor após a homologação da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, fica disposto sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais reformulando o modelo assistencial em saúde mental, (marcado pela

substituição "Sanatórios" ou "Manicômios" onde o indivíduo era excluído da sociedade em todos os segmentos fazendo com que estes fossem isolados do contexto social), buscando aperfeiçoar o cuidado e quebrar paradigmas historicamente construídos na sociedade sobre a loucura, o que traz implicações importantes no cotidiano dos trabalhadores da área hospitalar, requerendo um trabalho complexo e interdisciplinar onde o Assistente Social é parte de uma equipe multiprofissional que atua na assistência à saúde, tendo suas competências para intervir junto aos usuários e seus familiares, orientando, acompanhando e incluindo-os nos serviços disponibilizados na rede básica de saúde. Tal lei foi responsável pela implementação da política de expansão continuada da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), instituições destinadas a acolher pacientes com transtornos mentais, visando estimular sua integração social e familiar e apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicossocial. Este serviço é parte de uma reforma no modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais que têm alcançado patamares de proteção dos direitos humanos e sociais muito significativos para os usuários desse processo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: Com base na pesquisa, foi possível compreender o papel do assistente social na saúde mental, exaltando a presença destes profissionais à frente das demandas que lhes são impostas, de forma articuladora, dinâmica, inovadora, mediadora e propositiva, considerando as inúmeras barreiras impostas ao se trabalhar com as políticas sociais devido à negligência e precarização da saúde diante da redução da intervenção do Estado na sua responsabilidade do provimento das políticas sociais. São estes profissionais os responsáveis pelo processo de reinserção social do usuário da rede de saúde mental, tratando-se de um processo longo, lento, gradativo, pois implica numa desconstrução de estigmas sociais, permitindo o resgate a cidadania e o retorno a vida social por parte desse grupo de usuários.

CONCLUSÕES: O movimento da reforma psiquiátrica abrangeu as inserções dos assistentes sociais em saúde mental, que desencadeou a crescente prática destes profissionais se tornando imprescindível na acessão e atenção na saúde. Com isso, sua mediação vai se expandido e se solidificando diante da convicção do processo saúde-doença por meio de projetos, programas sociais e planejamentos no âmbito da saúde, garantindo os direitos previstos em lei bem como a administração de benefícios e serviços sociais. Infelizmente no Brasil a política de saúde tende cada vez mais para a privatização. Observamos hospitais e ambulatórios sucateados e abandonados pelos poderes governamentais, desencadeado pela precarização de serviços na área de saúde mental com o fechamento ou a proibição da criação de novos leitos psiquiátricos, e isso sendo feito sem uma análise criteriosa ou fiscalização rigorosa de órgãos responsáveis. Em vários países de economia central – Estados Unidos, Canadá, Japão entre outros-, o processo de desinstitucionalização trouxe resultados positivos e oportunidades de ressocialização e recuperação de pacientes psiquiátricos.

Palavras-chave: Assistente Social. CAPS. Saúde Mental.



REFERÊNCIAS

AUGUSTO BISNETO, José. **Serviço Social e saúde mental** - uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 10 maio 2017.

OMS. **Organização Mundial da Saúde** (World Health Organization). Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2016/en/>. Acesso em: 12 maio 2017.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2007.

O IMPLANTE COCLEAR NA PERCEPÇÃO DO SURDO

Iza Cristina Leal Bezerra do Amaral
Mariana de Lelis Bezerra Souza
Renaly Dantas Ribeiro

INTRODUÇÃO: A Clínica Otomed é uma instituição privada, ligada ao Hospital do Coração (HC), que presta serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), na área de saúde auditiva. O público alvo da clínica são pessoas de todas as faixas etárias que possuem algum tipo de dificuldade auditiva, seja ela leve ou severa. A audição é um dos principais meios pelos quais os seres humanos interagem com o mundo, em seu cotidiano; através da comunicação que é uma das funções mais nobre, sem deixar de citar que o ouvir é um dos pontos importantes desenvolvidos pelas crianças, no momento de desenvolvimento da fala e da linguagem, através da audição é que os seres humanos compreendem o mundo. A deficiência definitiva é um problema silencioso e invisível, muitas vezes difícil de diagnosticar na infância, pelas famílias, o que muitas vezes, ocasiona retardamento e prejuízos na aquisição e desenvolvimento da linguagem. (CORREIA, et al, 2014). A deficiência traz vários impedimentos para o desenvolvimento do indivíduo, como a dificuldade de percepção dos sons, que é essencial para a aquisição da linguagem falada; disso decorre, ainda, a dificuldade de socialização, que pode acarretar a sensação de isolamento social, problemas emocionais e comprometer o desenvolvimento pleno da pessoa. A deficiência auditiva já é de fato considerada um problema da saúde pública, devido aos grandes problemas causados ao desenvolvimento dos indivíduos. Conhecido popularmente com a nomenclatura de ouvido biônico, o implante coclear consiste em um dispositivo eletrônico, com o objetivo de substituir as funções das células do ouvido interno de pessoas que tem surdez profunda em que o grau de surdez não permite a utilização de aparelho auditivo, sendo um dispositivo implantado através de cirurgia na orelha que irá estimular o nervo auditivo e recriar as sensações sonoras. (CORREIA, et al, 2014). Uma vez diagnosticado como surda, a pessoa costuma experimentar o preconceito e a dificuldade de inserção nas atividades cotidianas, como ir à escola, participar de grupos, etc. A partir da experiência de estágio obrigatório do curso de Serviço Social do centro Universitário Facex, realizada na Clínica Otomed, foi proposta uma pesquisa, com o intuito de analisar o implante coclear na percepção do surdo na cidade de Natal/RN. Desta forma, para entender e compreender essa realidade, é necessário conhecer o ambiente no qual os surdos se reúnem e se socializam, o que se tornou possível através de uma visita institucional à Associação de Surdos de Natal (ASNAT), localizada no bairro de Cidade Alta, Avenida Largo Junqueira Aires, Nº 536, Natal - RN, a história da surdez e seus reatamentos, e como é feito o implante coclear. Sem deixar de citar que é de suma importância entender quais as opiniões e concepções do surdo em relação ao implante coclear, identificando as propostas e os desafios desse tipo de tratamento na perspectiva dos surdos. Portanto a pesquisa ação proposta busca entender de forma sucinta as opiniões e discussões do surdo em relação ao implante coclear.

METODOLOGIA: Na primeira etapa foi realizada uma visita a ASNAT (Associação de Surdos de Natal), que proporcionou a realização de entrevistas com aplicação de questionários quantitativos contendo perguntas fechadas, também foi feito uma análise documental e bibliográfica para se ter um maior domínio do assunto estudado. Na segunda etapa, os dados colhidos na entrevista por meio dos questionários foram analisados e figurados por meio de amostragem utilizando gráficos, exemplificando as opiniões dos entrevistados quanto ao tema proposto, e confrontando-as ao objetivo da pesquisa ação. O monitoramento da pesquisa ação foi feito por meio de fotografias e filmagens, sendo sua avaliação através de entrevistas, questionários com perguntas fechadas de que buscaram o grau de satisfação da ação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: O resultado é parcial em consequência de a pesquisa estar em andamento. Quanto à instituição (ASNAT), nos sentimos acolhidos e bem recebidos, não identificando nenhuma negação de informações ou indisponibilidade. Com isso obtivemos uma aplicação ainda que parcial, satisfatória, pois os surdos (como querem ser chamados), mesmo sem exigência faziam questão de colocarem a identificação com o nome completo no questionário. Desta feita, das entrevistas já efetuadas, 60% são mulheres e 40% homens, 80% se autodeclaram como pardos e evidenciam que sofrem preconceito em consequência da surdez. 90% sentem-se bem em relação à deficiência auditiva e não fariam o implante por achar desnecessário e que deve aceitar a surdez; 80% não se relacionam com pessoas que possuem o implante coclear. Porque além de não fazerem parte do convívio dos mesmos, compreendem que o surdo deve aceitar a surdez, e com o implante a pessoa aos poucos começaria a ouvir e consequentemente falar, o que ocasionaria a essa categoria não identificá-lo mais como um surdo. Diante dos dados, podemos perceber algumas particularidades, como mesmo já foi citado, as pessoas que são associadas à ASNAT, não se autodeclaram como pessoa com deficiência e sim "surdas", pois afirmam que possuem uma língua própria que é libras, e conseguem emitir alguns sons. Por essas razões, a maioria dessas pessoas é contra o implante coclear, pois evidenciam que isto "exterminaria" os ditos surdos. Nas entrevistas através dos questionários, eles reclamam quanto à libras não fazer parte da base curricular brasileira para o ensino fundamental e que sofrem em relação à maioria das escolas não disponibilizarem um intérprete, o que impossibilita a sua plena inserção como cidadãos de direitos na sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A experiência mostrou que não são os surdos que se excluem da sociedade, mas a sociedade que vem excluindo-os, na medida em que não está preparada para interagir com eles. As escolas e os serviços de saúde, de um modo geral, não estão aptos a recebê-los. Em alguns casos, as próprias famílias têm dificuldades de lidar com seus parentes surdos, e por vezes, reproduzem os preconceitos presentes no senso comum, com comentários como: mudinho, é "doido" (associando a deficiência física à deficiência mental e abordando ambas de forma pejorativa e preconceituosa), "esse menino não para quieto, você deve consultá-lo pois ele tem hiperatividade ", dentre outros ditos que são considerados excludentes e preconceituosos. Desse modo, considerando que a cidadania, na contemporaneidade, exige não somente contemplar os direitos civis, políticos e sociais, mas também o direito à diferença, faz-se imprescindível a ação do Estado na garantia de políticas públicas que contribuam para a superação dos preconceitos, atuando na perspectiva da equidade, consolidando uma cultura de cidadania plena.

Palavras-chave: Implante coclear. Deficiência auditiva. Audição.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o debate. In: **Serviço Social e Saúde Formação e trabalho profissional**. Ana Elizabete Mota et. al. (orgs.). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CORREIA, Rafaela Bezerra Façanha; CATANIO, Antonio Percy Galimbertti; ALBUQUERQUE, Izabelle Mont'Alverne Napoleão; LINHARES, Maria Socorro Carneiro. Análise da Produção Científica sobre Saúde Auditiva no Brasil em Quatro Periódicos Seleccionados. *S A N A R E*, Sobral, v.13, n.1, p.99-109, jan./jun. – 2014.

COSTA, M. da P.R da. **O Deficiente auditivo**. São Carlos: EdUFSCar, 1994.

PÉ DIABÉTICO: A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E NA EVOLUÇÃO

Ana Karyllyne da Silva Costa
Danila Deyse de Medeiros
Eliana André do Nascimento Félix
Luana Maria Carvalho de Paiva
Rafaela Costa de Medeiros Moura
Valquíria de Oliveira dos Santos

INTRODUÇÃO: Dentre as complicações vasculares do diabetes, o pé Diabético é a mais frequente. Este termo é empregado para nomear as diversas alterações e complicações ocorridas, isoladamente ou em conjunto, nos pés e nos membros inferiores dos diabéticos. Trata-se de uma preocupação mundial onde o custo humano e financeiro dessa complicação são imensos e dependentes, para o seu controle ou prevenção, da conscientização quanto à necessidade de um bom controle da doença e da implantação de medidas relativamente simples de assistência preventiva, de diagnóstico precoce e de tratamento mais resolutivo nos estágios iniciais da doença (CAIAFA et al.; 2011). Para tanto, é primordial a disseminação do conhecimento sobre os a doença pelos profissionais da saúde e, principalmente pela enfermagem, de que o pé diabético é caracterizado pela presença de pelo menos uma das seguintes alterações: neurológicas, ortopédicas, vasculares e infecciosas, que podem ocorrer no pé do paciente portador de diabetes. Essa visão se contrapõe, de forma decisiva, à visão corrente do membro em estágio terminal, necrosado e infectado, encontrado em todos os serviços de emergência, resultado da prevenção inexistente e de meses ou anos de atendimentos inespecíficos e falta de diagnóstico (CAIAFA et al., 2011). Para que haja uma prevenção adequada, tanto para surgimento de lesões nos pés quanto para amputações, é importante a identificação dos riscos por parte da enfermagem. Os locais onde há maior risco de ulcerações segundo Cubas et al. (2013, p. 649) "são os dedos, devido às deformidades; os sucros interdigitais, pelas fissuras e infecções secundárias; a região distal do pé, por infecções em proeminências dos metatarsos; e a região medial do pé, pelas calosidades e por ser uma região de apoio". Dentro desta perspectiva, a função básica da enfermagem pode resumir-se ao cuidado. O enfermeiro deve oferecer uma assistência de qualidade, observando os agravantes à saúde dos seus pacientes e acompanhando o controle da patologia. Estes fatores contribuem como ações importantes para prevenir ou cuidar do pé diabético e outras complicações da doença. Então a escolha desta temática tem o intuito de mostrar a importância e assistência de enfermagem ao paciente com pé diabético. Para tanto, apresento como problema do estudo: Qual a importância da assistência de enfermagem na prevenção e evolução do pé diabético? O objetivo desse estudo é investigar, por meio da literatura científica, a importância da assistência de enfermagem na prevenção e evolução do pé diabético. Assim, a relevância deste estudo reside no fato de que seus resultados poderão subsidiar um adequado planejamento para o atendimento de enfermagem ao diabético. **METODOLOGIA:** revisão narrativa da literatura onde os artigos foram selecionados nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Eletronic Online (SciELO) no período de Outubro a Novembro 2016. Os descritores de ciência da saúde (Descs) utilizados foram: Diabetes Mellitus, Cicatrização de Feridas e Cuidados de enfermagem. Para a busca definiu-se os seguintes critérios de inclusão: os artigos

publicados em português e que fossem possíveis acesso na íntegra, publicados a partir de 2011. Foram excluídos do estudo, artigo não disponibilizados na íntegra, idiomas diferentes de português e espanhol, títulos que não condizem com os descritores, além daqueles que apresentam duplicidade entre as categorias, e texto sem elementos relevantes ao escopo do estudo. No período deste estudo foram levantados 08 artigos publicados no período de 2011 a 2016. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Os cuidados pela enfermagem ao paciente diabético por meio da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) colaboram no cuidar de forma humanizada e holística no intuito de prevenir complicações decorrentes do diabetes como o surgimento do pé diabético e a amputação de um membro inferior do paciente (LUCIANO; LOPES, 2012). Nesse sentido, Cubas et al. (2013) inferem que o enfermeiro deve estar ciente de sua função como educador, de forma a orientar o autocuidado adequado com os pés e acerca da importância na adesão do tratamento. Este autocuidado deve focar especial atenção a inspeção diária dos pés com o auxílio da família a procura de alterações na integridade cutânea como bolhas, fissuras e ulcerações. O autocuidado deve envolver toda a equipe multidisciplinar no planejamento e implementação de ações, por meio de atividades educativas para a manutenção de um bom controle metabólico, evitando assim futuras complicações. Em consonância, Cubas et al. (2013) afirmam que a consulta de enfermagem é função do enfermeiro, onde o exame físico dos pés tem o intuito de evitar danos futuros. Porém, a falta de infraestrutura e pouca procura pelo serviço de saúde, por parte dos pacientes diabéticos, dificultam a realização das ações de enfermagem. No exame físico, é de valia investigar tônus da musculatura esquelética, integridade da pele e as condições do sistema vascular periférico. Em relação a musculatura, deve-se avaliar sinais de neuropatia decorrente do diabetes principalmente nos membros inferiores, pois essa disfunção poderá causar atrofia e fraqueza dos músculos e alteração na deambulação (LUCIANO; LOPES, 2012). Através da técnica da inspeção, o enfermeiro deve avaliar a integralidade cutânea a fim de identificar presença de calos e integridade da pele prejudicada nos membros inferiores. Com a palpação avalia-se a condição vascular, alterações de cor e temperatura da pele, pulso pedioso, edema e perda da sensibilidade. Esses fatores quando alterados, levam à comprometimento da circulação do sangue e insuficiência venosa (OCHOA-VIGO; PACE, 2014). Na avaliação do pé diabético, Caiafa et al., (2011) corroboram em suas pesquisas ao afirmar que o enfermeiro também pode utilizar vários instrumentos, como o monofilamento Semmes-Weinstein (SW), o diapasão de 128 Hertz e o dispositivo Vibration Pressure Threshold (VPT), visto que auxiliam na identificação da sensibilidade periférica. Assim, o mono filamento SW é um instrumento de baixo custo que possui uma fibra de náilon com força de 10 gramas, o qual é aplicado à planta do pé a um ângulo de 90 graus, mediante a técnica da resposta sim-não ao toque do aparelho em 10 regiões do pé. Audi et al., (2011) detectaram por meio de pesquisas que a inserção da família no controle metabólico e na realização dos cuidados a serem prestados ao paciente em risco de acometimento ou já acometido pelo pé diabético, interferem de forma positiva no tratamento. Corroborando com estas informações a orientação em saúde dos portadores de pé diabéticos pode contribuir para a mudança no estilo de vida, contribuindo assim para o autocuidado e minimização de complicações. Cubas et al. (2013) inferem que a educação em saúde pela enfermagem, sobre os cuidados da pele e unhas, tem mostrado uma redução de complicações como o índice de amputação em membros. Para tanto, o enfermeiro deve intervir por meio de práticas educativas onde, através das orientações adequadas nos serviços de saúde, o

cliente diabético poderá aumentar seu conhecimento e sua qualidade de vida. Por fim, destaca-se o papel do enfermeiro no autocuidado, atendimento multidisciplinar e na educação em saúde, enfatizando que este profissional deve atuar tanto na assistência como na educação de pacientes com diabetes. **CONCLUSÃO:** O cuidado ao paciente com diabetes e com complicações como o pé diabético deve ser integral e respeitar as características socioeconômicas de cada indivíduo ou grupo, além de suas crenças e conhecimentos. Dessa forma, o enfermeiro deve estar sempre atualizado e capacitado sobre os mais diversos tipos de tratamento e técnicas de educação em saúde para desenvolver um cuidado humanizado, acolhedor e que possua adesão satisfatória dos pacientes, através de orientações quanto à mudança no estilo de vida, como alimentação adequada, prática de exercícios físicos, controle glicêmico, estímulo do autocuidado, chamando a atenção para cuidados específicos dos pés como inspeção diária, higiene e hidratação dos pés, envolvendo também a família na responsabilização desses cuidados.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Cicatrização de Feridas. Cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIA

- AUDI, E. G. et al. Avaliação dos pés e classificação do risco para pé diabético: contribuições da enfermagem. **Rev. Cogitare Enferm. UFPR**, Paraná, v. 16, n. 2, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/19975>>. Acesso em: 15 abr. 2017.
- CAIAFA, Jackson Silveira. et al. Atenção integral ao portador de pé diabético, Porto Alegre, **J. Vasc. Bras.** v.10 n.4 supl.2 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492011000600001>. Acesso em: 20 nov. 2016.
- CECILIO, Hellen Pollyanna Mantelo et al. Comportamentos e comorbidades associados às complicações microvasculares do diabetes. **Acta paul. enferm.** vol. 28 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000200113> Acesso em: 26 mar. 2017.
- CUBAS, Marcia Regina et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisioter Mov.**, Curitiba, v. 26, n. 3, p.647-655, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n3/a19v26n3.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.
- FERNANDES, Bárbara Sgarbi Morgan et al. Construção, validação e adequação cultural do protocolo COMPASSO: Adesão ao autocuidado em diabetes. **Acta Paul. Enferm.** 2016, v.29, n.4, pp.421-429 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000400421&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 26 mar. 2017.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA O CONTROLE DA DENGUE – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lidiany Freitas Bezerra
Lília Débora Araújo do Nascimento
Maria Cristiana da Silva Souto
Raisa Kecia Varela Barbosa
Vanuza Maria Gomes

INTRODUÇÃO: A dengue é uma doença febril aguda, sistêmica e dinâmica, com diferentes apresentações clínicas, e de prognóstico imprevisível. Nas últimas décadas tem ocorrido um aumento no número das ocorrências, há cerca de 50 milhões de infecções sintomáticas por ano, caracterizando que a dengue é um problema de saúde pública mundial. É causada por um vírus e transmitida através da picada dos mosquitos fêmea *Aedes aegypti*. O vírus da dengue é um arbovírus da família *Flaviviridae*, gênero *Flavivirus* possui quatro sorotipos: DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4. A infecção por um deles dar proteção para o mesmo sorotipo, mais imunidade parcial e temporária contra os outros três. Provoca grandes problemas no mundo, sendo os mais propícios a disseminação os países de climas tropicais, onde as condições do meio ambiente são favoráveis para sua proliferação. O mosquito cresce e se desenvolve em água parada e o mau hábito da população contribui para proliferação da doença, tais como: água parada em reservatório descobertos, pneus velhos, vasos de plantas, acúmulo de lixo, calhas e o próprio meio ambiente, bem como a falta ou deficiência do saneamento básico em algumas localidades. O período de incubação ocorre entre quatro a 10 dias, correspondente desde a picada do mosquito infectado e a manifestação dos sintomas. A doença começa bruscamente e se assemelha a uma síndrome gripal. Vale destacar que as pessoas com sintomas da dengue (principalmente febre, dor de cabeça e dor no corpo) não devem se automedicar. A orientação é que procurem uma unidade de saúde para que seja feito o manejo adequado do caso. A dengue é o agravo de maior importância, alcançando cerca de 100 milhões de casos, segundo a Organização Mundial de Saúde. Os primeiros casos de dengue no Rio Grande do Norte (RN) foram notificados no ano de 1994, no município de Assu-RN. Em 1996, vários municípios do RN registraram a ocorrência de casos da doença, com episódios interepidêmicos. Desde então, epidemias frequentes vêm ocorrendo, com anos epidêmicos e surtos de grande proporção, provocando sobrecarga na demanda da rede pública de saúde, alto custo financeiro e social. Por ser uma doença de notificação compulsória, todo caso suspeito e/ou confirmado deve ser comunicado ao serviço de vigilância epidemiológica, o mais rapidamente possível. Em muitos casos não são notificados, seja porque as pessoas já sabem como proceder, ou por não procurarem os serviços de saúde, ou ainda a subnotificação por parte dos profissionais de saúde, tudo isto contribui para a disseminação da doença na população, uma vez que as notificações norteiam as ações de controle. Mediante essa situação percebeu-se a necessidade de reforçar a importância de comunicar os casos de dengue ao Profissional de saúde, por estarmos em um período sazonal. Em situações epidêmicas, a coleta e o fluxo dos dados devem permitir o acompanhamento da curva epidêmica, com vistas ao desencadeamento e avaliação das medidas de controle. Para isto se faz necessário que as informações sejam repassadas imediatamente para a equipe de controle vetorial local para a adoção das medidas

necessárias ao controle do vetor. Para o controle se faz necessário que a educação em saúde venha a compor o leque de ações desenvolvidas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, uma vez que a atuação conjunta da população com esses órgãos poderá contribuir na prevenção, bem como fortalecer o vínculo e com isto haver uma maior adesão as campanhas. Portanto, mediante os riscos iminentes da disseminação dessa doença se torna imprescindível a participação dos profissionais de enfermagem nas ações de prevenção. Mesmo com essas ações deficientes conseguimos nos últimos anos reduzir os casos graves e de morte por dengue

OBJETIVO: Relatar experiência vivenciada na localidade de Lajedo Grande, no Município Jundiá – RN.

METODOLOGIA: Este estudo trata-se de um relato de experiência da atividade de educação em saúde realizada no dia 06 de junho de 2015.

RESULTADOS OBTIDOS: A experiência aqui relatada foi desenvolvida no quinto período do curso de enfermagem, estando ligada às aulas das Unidades Programáticas de Fundamentos da Epidemiologia e Atividade Integrativa Multidisciplinar. Sendo realizada em 06 de junho de 2015, às 10 horas da manhã, momento em que foram realizadas as ações planejadas. Com o auxílio de um técnico de enfermagem, da unidade de saúde do município, foram identificados os pontos mais críticos da localidade, para a disseminação do vetor e da doença, a exemplo o rio Jacu, em vista que, o mesmo se encontrava com o volume de água reduzido, devido a seca na região, e assim deixando visível os lajedos de pedra. Mesmo assim a população da localidade fazia uso do rio para banhos, e também momentos de lazer, sendo ainda rota de passagem de uma localidade para outra, devido a existência de uma ponte. Devido o volume de água reduzido o local serviu de criadouro para mosquito *Aedes aegypti*, uma vez que a água ficava acumulada nos lajedos. Neste local foram eliminados os criadouros e também orientações, aos banhistas, acerca da prevenção da dengue. Outro momento da ação foram as visitas realizadas nas residências dos moradores, as quais tinham como intuito o de conscientizar sobre a prevenção da doença, e ainda para identificação de possíveis criadouros, que foram feitas por meio de vistorias nos quintais e em todo o entorno das residências. Foi possível perceber, em conversa com os moradores, que esses já sabiam o que era a doença, seus meios de transmissão e forma de prevenção.

CONCLUSÃO: Foi possível perceber que apesar das informações que a mídia oferta quanto a este tema, os moradores deste local não davam a devida importância, pois não acreditavam que poderia acontecer com eles. Esta prática nos permitiu maior contato com a população e nos ensinou a enfrentar novos desafios, que foi o de entrar na casa das pessoas, sem saber se seríamos bem aceitos ou não. Para que se possa ter uma efetividade no controle da dengue, se faz necessária a continuidade das atividades de educação em saúde, para que assim possa sensibilizar a população quanto aos riscos. A gestão pública tem um papel importante para o controle da dengue, mas a sociedade precisa ser incorporada a essa equipe para que assim possa se ter resultados de controle mais eficazes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília, Df;1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 maio 2017.



REIS, B.C.; ANDRADE, O.M.S.;CUNHA, V.R. Responsabilização do outro: discursos de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre ocorrência de dengue. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.66, n.1, jan./feb. 2013.

SALES, S.M.F. Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icaraí, Caucaia, Ceará. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, Jan./Feb. 2008.

VILLELA, M.F.E; NATAL, D. Mídia, saúde e poder: um jogo de representações sobre dengue. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.23, n.3, July/Sept., 2014.



ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE USUÁRIO DE ÁLCOOL E DROGAS

Illana Cecylia Silva Basílio
Jaiane Fabíola Medeiros Silva e Silva
Liliane Ferreira Freire
Luzia Kelly Alves da Silva Nascimento
Maria da Conceição Felix Torquato Cordeiro
Simone Ferreira Poty

INTRODUÇÃO: O Alcoolismo é segundo a Organização Mundial de Saúde (2004) uma doença, na qual o indivíduo é dependente do álcool. O uso constante e progressivo dessa substância pode comprometer seriamente o organismo dos seus consumidores ocasionando consequências irreversíveis. No Brasil um levantamento nacional estimou que em média 12% da população preenchem critérios para se tornarem dependentes alcoólicos. A confirmação do uso abusivo dos entorpecentes também tomou grande proporção no território brasileiro, sendo o uso do crack um dos principais problemas de saúde pública, diante da magnitude e prejuízos causados não só aos seus usuários, mas também as famílias e a comunidade (GABATZ et al., 2013). Logo com a descoberta do crack, estudos mostram um rápido aumento do consumo. No Brasil esse crescimento é notado nas 108 maiores cidades do país (DELTTMANN; MIGUEL, 2013). Segundo Gabatz et al., (2013) estudos apontam que há uma enorme dificuldade de adesão ao tratamento por parte dos usuários, esses precisam ter intensidade e visar à resolubilidade dos problemas dos usuários, utilizando abordagem multidisciplinar. Dos usuários de drogas ilícitas são os de crack os que menos buscam ajuda. O tratamento não farmacológico é desempenhado por meio de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad, Centros terapêuticos e grupos de apoio, esses auxiliam de modo a ser um espaço de escuta de necessidades, angústias e partilha de experiências, sendo assim é imprescindível que a equipe multiprofissional que atendem usuários, em particular os enfermeiros sejam transformadores sociais estando qualificados para desenvolver uma assistência integral e humanizada (GABATZ et al., 2013). Esse estudo possui relevância quanto à necessidade de ampliar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem na assistência ao usuário de drogas, contribuindo para a melhora do tratamento e para o aumento da qualidade de vida desses pacientes. Diante do exposto o objetivo dessa pesquisa é descrever a assistência de enfermagem para o paciente usuário de álcool e drogas. **METODOLOGIA:** O trabalho do tipo estudo de caso foi elaborado após coleta de prontuário no CAPSad no município de Macaíba no período de 04 a 08 e 18 a 26 de abril de 2016 durante o estágio supervisionado da Unidade Programática de Enfermagem nas Ações Integradas de Saúde do Adulto e do Idoso. Foi acessada a base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A busca na literatura científica se deu com os descritores: crack, enfermagem e diagnóstico de enfermagem no período de maio de 2016. Foram localizados 33 artigos através dos descritores “crack e enfermagem” e 2 por meio dos descritores “crack e diagnósticos de enfermagem”, publicados entre os anos de 2005 a 2016, disponibilizados em português de forma gratuita. Dos 35 artigos localizados foram selecionados 6. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Paciente, do sexo feminino, 18 anos, usuária de álcool e outras drogas começou seu tratamento no CAPS ad no ano de

2012, a mesma relatou início de consumo de drogas aos 11 anos de idade iniciando com a maconha, passando para o pó e fazendo atualmente utilização do crack; referiu dois episódios de internamento em hospital psiquiátrico durante momentos de crise; abandonou o tratamento voltando ao CAPS após um ano evidenciando desejo em se tratar; no início C.S. consumia em média 20 pedras de crack diárias e atualmente 5 sendo esse consumo realizado sozinha ou em dupla; consciente, orientada em tempo e espaço, ansiosa, relata não ter bom relacionamento com a mãe e as vezes dormir na rua; por vezes sente fadiga, náuseas, dor abdominal; faz uso de clorpromazina 50mg/dia para diminuir o desejo pelo consumo e os efeitos causados pelas droga e Complexo B para suprir a carência de vitaminas decorrente do consumo de álcool; portadora do vírus da imunodeficiência humana – HIV, faz uso diário do coquetel (FTX 20mg) para controle da carga viral, a mesma adquiriu a patologia comercializando seu corpo pois, é a forma mais fácil para conseguir o dinheiro de manter seu vício. Processos familiares disfuncionais: Processos familiares disfuncionais relacionados ao abuso de substancias evidenciado pelo relato da paciente que falou dormir na rua ou em casa de outros familiares. Intervenção de enfermagem: Observar os fatores relacionados com a disfunção; Prestar apoio psicológico a paciente e sua família; Encaminhar parecer aos serviços de atenção psicológica especializada. Resultado: Melhora das disfunções nos processos familiares. Segundo Fertig et al (2016), a dificuldade social relacionada ao uso de entorpecentes, acarreta mudanças cotidianas no convívio familiar como dormir na rua e a interação com o crime, para utilização de drogas ou busca por dinheiro. Para intervir nesse contexto as famílias buscam alternativas para conviver com a situação, a religiosidade é uma delas aparecendo como fator importante e animador para o usuário e família. Como relação aos profissionais da saúde, esses devem se comprometer a intervir visando o ser humano de forma integral (SIQUEIRA et al., 2012). Desta maneira espera-se que religião e profissional de saúde sejam peças fundamentais desde o processo de prevenção e tratamento de drogas, contemplando usuários e familiares desde o início da dependência a reinserção social, gerando um resultado positivo. Enfrentamento comunitário ineficaz: Enfrentamento comunitário ineficaz relacionado ao consumo do crack evidenciado pela exclusão do grupo e ou comunidade. Intervenção de enfermagem: Incentivar a relacionamento e o convívio comunitário. Resultado: Aumento da socialização e inserção do usuário no grupo ou comunidade. Esse diagnostico é evidenciado por Siqueira et al. (2012) quando relata que em inúmeras vezes os vizinhos parecem não aceitar a reinserção do usuário no convívio comunitário entendendo que este fere as relações e interações sociais. De acordo com Wandekoken, Siqueira (2014), deve-se pensar como intervenção para esse diagnóstico a busca pelo aumento da socialização envolvendo vários setores da sociedade como escola, religião, família, mídias que desempenham o papel de guardar e difundir valores de forma que seja articulada uma rede social perto do usuário. Como resultado espera-se que a existência de terapias, envolvendo equipes multiprofissionais, tenha como objetivo não somente a recuperação, mas também a inserção social destes sujeitos, sendo fundamental para a reestruturação dos usuários frente à comunidade. Risco de infecção: Risco de infecção relacionado à imunossupressão. Intervenção de enfermagem: Orientar quanto ao uso de preservativos e realização de testes rápidos. Resultado: prevenir infecções. Pacientes usuários do crack são mais susceptíveis a infecções em particular as sexualmente transmissíveis, pois os mesmo estão propensos a não procurar os serviços de saúde e não fazer o devido uso das medicações. Nos casos de infecção por HIV o processo de replicação do vírus aumenta com a presença da cocaína (matéria

prima do crack) na circulação sanguínea, elevando a carga viral e o risco de transmissão assim como o risco de infecção por fatores externos pelo fato da imunossupressão (CHAVES et al, 2011). A intervenção primordial para esse diagnóstico, é ofertar ao usuário portador do HIV orientações sobre o uso de preservativos, realização de testes rápidos e manutenção do esquema antirretroviral, para manter-se estável a replicação do viral, podendo desta forma prevenir os riscos de infecção. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que, para se prestar uma boa assistência ao paciente usuário de álcool e drogas e a sua família, o profissional enfermeiro é peça chave no desenvolvimento da assistência prestada, reconhecedor de incertezas, desordens e contradições, sendo indutor de novos referenciais, profissional mais aberto e flexível às necessidades e questões sociais emergentes.

Palavras-chave: Enfermagem. Diagnostico de Enfermagem. Crack.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde e Confederação Nacional dos Transportes. Folders: **Alcoolismo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/10006002593.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2016.
- CHAVES, TV; SANCHEZ, ZM; RIBEIRO, LA; NAPPO, SA. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Revista Saúde Pública**, v.45, n.6, p.1168-1175, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2774.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2016.
- DETTMANN, K; SIQUEIRA, M. Aplicação do modelo de neuman e diagnósticos de NANDA ao cuidado do usuário de crack. **CIENCIA Y ENFERMERIA**, v. 19, n.2, p.125-139, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n2/art_12.pdf>. Acesso em: 05 maio 2016
- FERTIG, A; SCHNEIDER, JF; OLIVEIRA, GC; OLSCHOWSKY, A; CAMATTA, MW; PINHO, LB. Mulheres usuárias de crack: Conhecendo suas histórias de vida. **Esc Anna Nery**, v.20, n.2, p.310-316, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0310.pdf>>. Disponível em: 05 maio 2016.
- GABATZ, RIB; SCHMIDT, AL; TERRA, MG; PADOIN, SMM; SILVA, AA; LACCHINI, AJB. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Rev Gaúcha Enferm**, v.34, n.1, p.140-146, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/18.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2016.
- NANDA International. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- SIQUEIRA, DF; MORESCHI, C; BACKES, DS; LUNARDI, VL; LUNARDI FILHO, WD; DALCIN, CB. Repercussões do uso de crack no cotidiano familiar. **Cogitare Enferm**, v.17, n.2, p.248-254, 2012. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v17n2/v17n2a06.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2016.



WANDEKOKEN, KD; SIQUEIRA, MM. Aplicação do Processo de Enfermagem a usuário de crack fundamentado no modelo de Betty Neuman. **Rev Bras Enferm.** v.67, n.1, p.62-70, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0062.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2016.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO DAS PACIENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Karolina de Moura Manso da Rocha
Pollyana Kennia Dantas Pereira
Ramylla Gabriele Firmino Costa
Raquel Petronilio Batista Gomes
Rebeka Ferreira Lima Carvalho

INTRODUÇÃO: Sabe-se que o parto até meados do século XX era realizado por mulheres conhecidas como parteiras; que dominavam as práticas e não possuíam embasamento científico. Com o surgimento da enfermagem como profissão e da classe médica obstétrica e seus cuidados as gestantes em trabalho de parto, houve o declínio da função das parteiras, tendo em vista que estas não obtinham formação profissional, colocando assim em risco a vida da mãe e do bebê. De acordo com Osawa (2006), na história da obstetrícia brasileira, Madame Marie Josephine Mathilde Duroche, destacou-se por ser a primeira parteira diplomada, no curso de partos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1957, um projeto de lei, criou os cursos de enfermagem e enfermagem obstétrica, designando unicamente às escolas de enfermagem a formação do enfermeiro obstétrico (a única via de capacitação não médica para assistência no parto normal). Entretanto a partir do século XX na década de 40, foi intensificada a hospitalização do parto, que permitiu a medicalização e controle do período gravídico puerperal e o parto que era considerado um processo natural, privativo e familiar, passou a ser vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde com a presença de vários atores conduzindo este período. Devido ao grande número de partos e a falta de profissionais especializados para uma boa conduta nesse momento, os médicos necessitavam realizar o atendimento de forma mais ágil, a fim de assistenciar um maior número de parturientes. A falta da prática humanescente contribui com os casos de violência obstétrica, tendo em vista que o procedimento é voltado apenas a mulher em trabalho de parto, esquecendo o contexto no qual ela está envolvida, suas preocupações emocionais e o quão importante e significativo é o momento do parto para ela, atentando-se apenas para a prática. Violência obstétrica, ou VO, é um termo utilizado para caracterizar ações de violência durante o parto. Coleciona maus tratos físicos, psicológicos e verbais, sendo definidos por procedimentos invasivos como episiotomia, restrições de acompanhante, realização de tricotomia e/ou ocitocina sem o consentimento da parturiente, manobra de Kristeller, xingamentos, comentários abusivos, agressão física, tortura psicológica, restrição de posição no leito, intervenção de verificação de dilatação, discriminação racial e socioeconômica. A Organização Mundial de Saúde preconiza que o parto não deve ser induzido. A mulher deve receber suporte e cuidados, entretanto a medicalização da assistência permite que intervenções obstétricas sejam utilizadas rotineiramente, sem que haja a devida necessidade de executá-las. As boas práticas superam as intervenções desnecessárias, contudo as intervenções que caracterizam violência necessitam de uma atenção maior, visando a recuperação da parturiente. A prática da violência obstétrica por médicos, é uma forma de descumprimento do seu código de ética. A realização da cesariana eletiva, também pode ser considerada como violência obstétrica. Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (2011), sabe-se que a prevalência de cesáreas no Brasil é a mais alta do mundo, sendo próximo dos valores da China

(46,2%). A questão de pesquisa é quais os tipos de violência obstétrica e quais ações podem ser realizadas pela equipe de enfermagem para amenizar danos e promover a reabilitação? Para responder ao questionamento, elaboramos o seguinte objetivo: identificar na literatura científica os tipos de violência obstétrica e as ações de prevenção e reabilitação. **METODOLOGIA:** trata-se de uma revisão de literatura narrativa, realizada entre abril e maio de 2017, no qual realizou-se consultas a artigos científicos selecionados através de busca no banco de dados Scielo e na Bireme. A busca no banco de dados foi feita pelos seguintes descritores: Enfermagem, parto humanizado, parturiente, violência. Realizada utilizando as terminologias cadastradas nos descritores usados na Bireme. Os critérios de inclusão para o estudo encontrados foram: artigos em português, escritos entre 2006 e 2016, disponíveis na íntegra e os critérios de exclusão foram artigos escritos em outros idiomas, com ano de publicação anterior a 2006, que não abordaram a temática do estudo. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Segundo a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, realizada em agosto de 2010 pelo SESC e pela Fundação Perseu Abramo, foi constatado que uma entre quatro mulheres sofre algum tipo de violência obstétrica. Esse termo refere-se a prática de violências psicológicas, físicas e morais, sendo caracterizado por realizações de episiotomia e/ou tricotomia, sem consentimento; agressões verbais, por mais sutis que sejam; restrição ao leito; limitação de acompanhante; comentário abusivos; manobra de Kristeller; verificação de dilatação demasiada; discriminação racial e socioeconômica; uso de ocitocina e realização de cesarianas eletivas. De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, de 2011, mostrou elevados números de cesarianas, práticas também consideradas como violência obstétrica, caso seja realizada sem a devida indicação médica. Os dados mostrados foram: China (46,2%), Turquia (42,7%), México (42%), Itália (38,4%) e Estados Unidos (32,3%), e muito superior à Inglaterra (23,7%), França (20%) e Finlândia (15,7%), sendo o Brasil o país que apresenta o maior índice. A assistência de enfermagem que pode ser prestada a fim de amenizar os danos causados e a realização da prática não humanescente são a conscientização da parturiente e da família/acompanhante; tentar satisfazer seus desejos dentro das possibilidades, relacionadas ao banho, ao posicionamento; orientar quanto ao direito ao acompanhante; recusando a fazer a prática de Kristeller; manter sua privacidade; responder aos seus anseios; orientar quanto as práticas anteriores ao parto, a fim de minimizar dores durante o ato; promover o contato imediato entre recém-nascido e genitora; questionar condutas médicas em que a enfermagem não ache adequada; evitar palavras grosseiras e desagradáveis. Relacionado a reabilitação, pode ser feito um encaminhamento para uma equipe multiprofissional, onde ela será acompanhada por psicólogo, no qual ocorreria um acompanhamento psicológico a fim de amenizar traumas futuros; fisioterapeuta, que realizaria exercícios para fortalecimento da região pélvica e ginecologista, que daria suporte e acompanhamento pós-parto e em futuras gestações. **CONCLUSÃO:** Apesar do índice de violência obstétrica encontrado na pesquisa, esse número não relata a realidade brasileira, visto que algumas mulheres sofrem esse evento na hora do parto, mas não tem conhecimento de que esta prática é abusiva e acabam não denunciando. Sua prioridade é ver seu filho nascer bem e com saúde, abrindo mão muitas vezes de seus desejos e até de seu corpo. A assistência prestada de forma não humanizada a parturiente torna o ato do parto desagradável e traumático.



Palavras-chave: Enfermagem. Parto humanizado. Parturiente. Violência.

REFERÊNCIA

MOURA, F. M. J. S. P. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-455, jul./ago. 2007.

OSAWA, R. H. et al. Parteiras-enfermeiras e enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 59, n. 5, setembro/outubro. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500020> Acesso em: 03 maio 2017.

PEREIRA, J. S. et al. Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. **Brazilian Journal of surgery and clinical Research**. Belo Horizonte/MG, v. 15, n. 1, p. 103-108, jan./ago. 2016. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf>. Acesso em: 25 abril 2017.

SANTOS, R. B.; RAMOS, K. S. Sistematização da assistência de enfermagem em centro obstétrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.65, p. 13-18, jan./fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 abr. 2017.

AS AÇÕES DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO

Alexsandra Otávio de Souza
Barbara Max do Nascimento Rocha
Iasmin de Castro Gama
Lenita Helena Palhares Bernardino Mesquita
Wanglleziaa Oliveira Ribeiro Maia
Karolina de Moura Manso da Rocha

INTRODUÇÃO: Parto é o processo fisiológico da gestação onde nasce um novo ser. Com duração de 36 á 40 semanas, no qual a 38º semana é a mais adequada para o nascimento da criança, pois é o tempo suficiente para uma boa formação. No Brasil e no mundo nascem crianças a todo o momento, sendo 55% dos partos com intervenções cirúrgicas e 45% normais no ano de 2014, totalizando um número de 2.979.259 partos no Brasil e 48.111 no estado do Rio Grande Do Norte. Existem dois tipos de partos principais, o normal e o cesáreo, cada um com procedimentos e vantagens diferentes. O parto vaginal é a expulsão fisiológica do bebê por meio de contrações uterinas naturais, quando o colo do útero estiver com a dilatação de 10 cm de abertura e quando as contrações se tornam mais frequente e com maior intensidade, é chegada a hora do nascimento. O trabalho de parto pode ter a duração de 12 horas, porem é neste parto que ocorre a melhor recuperação da mãe e menor risco para o bebê, além de facilitar a liberação do aleitamento materno. O parto cesáreo é caracterizado pela incisão cirúrgica realizada na parede abdominal para a retirada do bebê. A gestante é contida e anestesiada para o alivio da dor e desconforto. Atualmente é o procedimento mais realizado no Brasil. Esse procedimento pode durar de 45 minutos à uma hora, mas com uma longa recuperação de 30 a 40 dias, com maior risco de infecções e reações anestésicas. A OMS determina que a taxa de cesarianas seja de 10% e 15% de todos os partos realizados. A preparação da mulher para ser mãe, não é apenas a mudança estrutural de seu corpo físico, e sim em todos os âmbitos: físico, emocional, mental e espiritual. Por isso, a gravidez pode ser um período de extrema revolução e adaptação na vida de uma mulher, é o amadurecimento fisiológico de seu ser para dar à luz, aonde durante os nove meses de gestação, as mudanças vão sendo cada vez mais evidenciadas como protagonistas do parto. A futura mamãe tem que sentir acolhida pelos profissionais da saúde, buscando entender e respeitar o seu lado emocional, suas necessidades e deixar que seja de livre escolha quem possa acompanha-la nesse momento tão importante. O (a) enfermeiro (a) obstetra é responsável por prestar todos os cuidados necessários, tem que reconhecer o paciente como um todo, passando confiança a gestante. Neste momento é preciso ouvir, respeitar e realizar da melhor forma possível o procedimento cabível para a segurança do bebê e da mãe. O parto humanizado inicia-se desde a ambientação até uma palavra de conforto, tendo assim um cuidar assistencial como evitar procedimentos invasivos, o uso de práticas como deambulação da parturiente, ficar atento às queixas da paciente e tentar solucionar qualquer problema, respeitando os desejos da mulher. Conforme o estudo, qual a importância da enfermagem no parto humanizado? De acordo com o exposto elaborou-se a questão de pesquisa, identificar na literatura os cuidados da enfermagem para um parto humanizado. **METODOLOGIA:** trata-se de um estudo de revisão de literatura do tipo narrativa. Uma revisão narrativa tem como modo de pesquisa uma questão ampla, com fonte frequentemente não especificada, seleção potencialmente com viés, avaliação

variável, síntese qualitativa e as inferências as vezes baseadas em resultados de pesquisas clínicas. Realizada entre abril e maio de 2017, na qual se realizou consultas em oito artigos científicos selecionados através da busca feita no banco de dados do Scielo, BVS e Bireme, usando os sites Medline e Lilacs. Foram utilizados os descritores: parto humanizado, enfermagem obstétrica, parturiente, humanização dos partos e acompanhantes de pacientes. Utilizados como critérios de inclusão: artigos disponíveis nos idiomas inglês, espanhol e português, publicados entre 2004 e 2014, que abordassem assuntos correlatos à participação da enfermagem no parto humanizado e cujos textos completos fossem de livre acesso online. E excluídos aqueles que não estavam em sites como Bireme, BVS, Scielo. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Partindo dos que já foi exposto, podemos perceber que o enfermeiro precisa orientar a gestante, explicando como o parto será esclarecendo todas as suas dúvidas e as mostrando o que elas têm direito por lei, como por exemplo, a presença de um acompanhante por todo o momento do parto e dos dias que permanecer no hospital. Devemos fornecer informação e orientações para que ela se sinta em um ambiente de confiança e agradável, para que o parto se torne um momento único. A assistência no parto humanizado sobre as ações da enfermagem está ligada a integração de cuidados mentais e físicos de uma gestante, para dar a continuidade de uma assistência integral que vem desde o pré-natal até a chegada à hora do parto. A competência nos cuidados prestados, levando em consideração que não haja intervenções desnecessárias que acelerem o processo fisiológico do nascimento do bebê, o mais importante é orientar a mulher sobre o seu estado gestacional e as modificações que ocorrem no seu corpo ao decorrer de todos os meses gestacionais. Desde o acolhimento a enfermagem atua diretamente no processo de humanização e cuidados com a paciente evitando que sejam causados danos, como a violência obstétrica. O processo de nascimento deve ocorrer de forma positiva sem trazer nenhum trauma para mulher, desta forma utiliza-se o conforto físico que deve ser feito através de massagem de relaxamento, músicas, deixar a mulher em um ambiente mais escuro, métodos de respiração, não deixa-la sem roupa, proporcionar uma posição melhor pra ela parir, realizar várias práticas alternativas e complementares em saúde. Fazer o possível para tornar o ambiente o mais agradável possível, para que favoreça conforto, segurança e um bom desempenho no trabalho de parto. **CONCLUSÃO:** Em virtude do que foi exposto vimos que o enfermeiro tem fundamental importância para um parto sem prejuízos à parturiente, sendo ele o responsável por promover o conforto e bem-estar da mesma prestando alguns serviços como: prezar pela higiene na hora do parto, auxiliar na troca de posição, informar sobre as ações técnicas realizadas por nós enfermeiros, dá importância para a privacidade da gestante, direito de escolha sobre ter ou não acompanhante na hora do parto, iluminação e temperatura adequada do ambiente.

REFERÊNCIAS

RABELO, Leila Regina; OLIVEIRA, Dora Lúcia. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v. 44, n.1, p. 213-220, ago./mar. 2009.



SILVA, Larissa Mandarano; BARBIERI, Márcia; FUSTINONI, Suzete Maria. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.1, n.64, p. 60-5, jan/fev.2011.

VERSIANI, Clara de Cássia et al. Significado de parto humanizado para gestantes. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 7, p.1927-1935, jan-fev, 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/bde-26705>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A FAMÍLIA E AO PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Alexssandro de Lima Domingos
Ana Larissa Mota Silva
Andressa Mônica Gomes Fernandes
Raisa Kecia Varela Barbosa
Simara Silva Alves
Vanessa Varela da Silva Martiniano

INTRODUÇÃO: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é caracterizado pela ausência súbita da função cerebral resultante da irrigação sanguínea insuficiente para uma determinada região do cérebro, nos últimos anos o AVC tornou-se a 3º causa de morte no mundo, afetando na maioria dos casos a raça negra, sexo masculino e com idade elevada a 65 anos de idade. Esta doença pode ser dividida em duas categorias: Isquêmico, é definido quando o fluxo sanguíneo é impedido de passar por um vaso, causando um bloqueio para a passagem do fluxo sanguíneo, e o Hemorrágico é definido quando resulta o rompimento nos vasos sanguíneos e em seguida apresentando extravasamento de sangue, podendo causar incapacitações temporárias ou permanentes ao paciente entre ambas as categorias da doença. Os pacientes podem manifestar déficits motores, déficits sensoriais, déficits do campo visual, déficits cognitivos e déficits emocionais, normalmente o AVC é conhecido como derrame, é a maior causa de internações óbitos e inutilidade, no Brasil ultrapassam outras doenças como, cardiovasculares e oncológicas, sendo assim, vale destacar que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que colabora para o desenvolvimento do AVC, o controle adequado da Pressão Arterial (PA) diminui em até 07 vezes o risco de um AVC. O objetivo deste estudo é descrever sobre a importância do enfermeiro na assistência de enfermagem a família e ao paciente vítima de Acidente Vascular Cerebral (AVC). **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, baseada nas referências publicadas nos últimos seis anos em artigos científicos nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library online (SCIELO) e Unileste/MG, as informações foram coletadas entre os meses de Setembro a Outubro de 2016, no processo de busca aos bancos de dados foram identificadas 36 pesquisas. No entanto, analisou-se 13 artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. **RESULTADOS:** O enfermeiro deve assumir os conhecimentos significativos em promover o alívio da dor, bom relacionamento com o paciente e família e o cuidado com a dignidade do paciente vítima de AVC, faça-se em meio da saúde, à doença, à vida e à morte. Na realização de orientações, o enfermeiro é o profissional mais indicado pelo fato de estar presente na assistência direta em todos os momentos e também devido a sua visão holística que apresenta no seu dia a dia no processo do cuidar. A internação hospitalar se torna momentos estressantes, representando não apenas pelo medo da patologia em si, também, pelas consequências advindas como a distância dos familiares, quebra de rotinas do dia a dia e de papéis sociais. Outro fator importante que se torna o paciente mais desmotivado é a incapacidade física, além de ser vista pelos pacientes acometidos pelo AVC como momento de isolamento, solidão, ameaçador e de sofrimento, tornando-se assim distante dos familiares e do seu domicílio. Para que se tenha uma assistência humanizada, é

fundamental que o paciente seja visto de forma holística e não de forma fragmentada, pois são necessários realizar estratégias que levem a prevenção de complicações das incapacidades apresentadas pelo paciente sequelado de AVC, o tratamento para se tornar eficaz para o paciente, é necessário que aconteça com um bom relacionamento interpessoal entre enfermeiro, cuidador, família e paciente tornando-se assim uma assistência mais humanizada e de qualidade. O AVC não é fatal, leva na maioria dos casos os pacientes a deficiências parciais ou totais, apresentando várias incapacidades para esses indivíduos em realizar suas atividades diárias. É importante que o profissional enfermeiro se envolva com a sua equipe, cuidadores e familiares dos pacientes para que os cuidados sejam realizados de maneira satisfatória para esses pacientes, familiares e cuidadores. Diante disso, o cuidador na maioria das vezes encontra-se carregado com grande desgaste físico e emocional, e demanda sensibilidade e companheirismo, por parte dos cuidados exercidos pelos cuidadores, a realização do cuidado ao paciente vítima de AVC não se torna como uma tarefa complicada, e sim pelo fato de se tornar exaustivo, déficit de uma preparação teórica e prática, nesse sentido deveriam ser evitados o cansaço físico e emocional. A mulher se torna a cuidadora principal nos cuidados desempenhados com o paciente vítima de AVC, na maioria dos casos quem se torna a cuidadora são filhas, esposas e noras e que não realizam atividades fora do domicílio e se necessário residisse na mesma residência do paciente. A falta de conhecimento sobre o AVC, a evolução da doença, as complicações, informações incorretas a respeito do cuidado e dificuldades financeiras pode dificultar a continuação do tratamento de recuperação/reabilitação, o enfermeiro junto com a equipe multiprofissional se apresenta na participação de preparar a família desde no preparo hospitalar, a internação hospitalar até a alta hospitalar para a realização dos cuidados domiciliares, a falta de preparo técnico do cuidador se traduz na angústia, medo, insegurança e apreensão. O cuidado de enfermagem na reabilitação ao paciente deve ocorrer tanto a nível hospitalar como a nível domiciliar, oferecendo assim orientações necessárias sobre os cuidados a serem realizados ao indivíduo em domicílio, facilitando o autocuidado e a aceitação ao tratamento. **CONCLUSÃO:** Torna-se um grande desafio para o profissional enfermeiro em promover o cuidado e auxiliar o paciente na reabilitação junto com a família e o cuidador, que se encontra inserida em suas diversas funções, capacitando, orientando e oferecendo o suporte necessário a essas famílias, com o propósito em diminuir o sofrimento vivenciado com esses pacientes, além do avanço de um cuidado holístico, direcionado na assistência, na promoção da saúde, na recuperação/reabilitação e prevenção de doenças e agravos. Torna-se fundamental que estudos sobre esse tema sejam mais apresentados, para poder assim colaborar com uma assistência melhor desses profissionais.

Palavras-chave: Enfermagem. Acidente Vascular Cerebral. Assistência.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Jeferson Santos et al. A obrigação de (des) cuidar: Representações sociais sobre o cuidado à sequelados de acidente vascular cerebral por seus cuidadores. **Rev. Min. Enferm.** v. 16, n. 1, p. 98-105, 2012.



COSTA, Ariane Dias; COSTA, Maria E. Duarte. Assistência do enfermeiro ao paciente incapacitado por acidente vascular cerebral. **Rev. Enferm. Integrada.** v.4, n.1, p. 698-707, 2011.

LESSMANN, Juliana Cristina et al. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico. **Rev. Bras. Enferm.** v.64, n.1, p. 198-202, 2011.

MANIVA, Samia J. C. de Freitas et al. Vivendo o acidente vascular encefálico agudo: Significados da doença para pessoas hospitalizadas. **Rev. Esc. Enferm.** v.47, n.2, p. 362-368, 2013.

REIS, Alisson Mateus Freitas dos; COBUCCI, Ricardo Alexandre da Silva. Preparo para a alta hospitalar do paciente acometido por acidente vascular encefálico: Visão do cuidador familiar. **Rev. Enferm. Integrada.** v. 4, n. 1, p. 648-660, 2011.

OPIÓIDES NO ALIVIO DA DOR, NA PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO

Aline Fernanda Barbosa
Carlos Capistrano Gonçalves de Oliveira
Joana Caroline de Souza Silva
Meirelaine de Moraes Oliveira
Olgareth Allane Nunes da Câmara Silva
Rafaela de Oliveira Borges

INTRODUÇÃO: Analgésicos opióides, são fármacos extraídos da papoula (flor) da planta *Papaver somniferum*, os seus efeitos são conhecidos há mais de três mil anos. Denomina-se opiáceos os alcaloides vegetais naturais extraídos da papoula, como por exemplo, morfina, codeína e outros derivados semissintéticos. O termo opioide é qualquer composto, independente da sua estrutura que possua propriedades farmacológicas de um opiáceo. O Brasil é o maior consumidor de analgésicos opióides da América do Sul. Embora exista uma variedade de drogas opióides com indicação para uso clínico, os problemas mais prevalentes estão associados à heroína (BICCA et al; 2012). Os opioides são drogas utilizadas na medicina humana principalmente para abolir a dor. A dor pode ser definida como uma sensação desagradável que pode ser aguda ou crônica e é consequência de complexos processos neuroquímicos nos sistemas nervosos periféricos e central. Quando a dor é aguda, sendo de alta ou baixa intensidade, serve como sinal de alerta para o indivíduo e ao longo da evolução, serviu como fator de proteção para preservação da espécie humana. Mas, quando esta dor está instalada no organismo humano há mais de seis meses, caracterizando-se como dor crônica, ação terapêutica faz-se necessária. A dor é um fator de estresse, sensação subjetiva e o profissional da saúde deverá se basear na sua capacidade de percepção e no relato do paciente. Em virtude da subjetividade da dor o Enfermeiro deverá aplicar a sua experiência profissional, escalas existentes na literatura para melhor avaliar o processo da subjetividade da dor. Entre as várias escalas, temos a Escala Verbal Numérica (EVN), que quantifica a dor através de uma graduação numérica de zero a dez, quando zero, ausente de dor e dez a de maior intensidade. Nesta escala, os números 1, 2, 3, caracteriza dor leve; 4, 5, 6, dor moderada; 7, 8, 9, 10, dor intensa. A vantagem desta escala é que ela não exige o contato visual do paciente, ela pode ser simplesmente falada, para quantificá-la. Uma outra escala utilizada, é a Escala de Faces da dor (EFD), através das observações das imagens apresentadas, expressões faciais, que demonstram a intensidade da dor. A escala vai de zero a cinco, sendo zero, sem dor e cinco, dor insuportável. A desvantagem desta escala é que ela exige do paciente o contato visual e faz-se necessário ele apontar ou sinalizar para o profissional da enfermagem, em que grau se encontra a sua dor. A Organização Mundial da Saúde, em 1986, sugeriu para tratamento farmacológico da dor, o esquema dos três degraus. O primeiro, seria a dor leve, o segundo, dor moderada e o terceiro, dor intensa. Na dor leve, o uso de analgésicos como, por exemplo, paracetamol, dipirona ou ácido acetilsalicílico, com certeza resolverá. A dor moderada, necessita analgésico de potência intermediária e neste caso, caberia utilizar derivados dos opioides, como por exemplo, o tramadol, oxicodona ou a codeína; no caso de dor intensa, analgésicos de maior potência como a morfina, metadona ou meperidina, deverão ser aplicados. Existem ainda, derivados dos opioides, sintéticos, com potência analgésica 100 vezes mais do que a morfina e deste modo, são utilizados na anestesia. O organismo humano possui opioides endógenos,

denominados encefalina, endorfinas e dinorfinas que se liga a seus receptores existentes no Sistema Nervoso Central (SNC), nos terminais nervosos periféricos, no trato gastrointestinal (TGI) e de outras regiões. Estes receptores são denominados μ (μ); δ (delta); κ (Kappa); Os derivados opioides, agonistas, como por exemplo, morfina, codeína entre outros, ligam-se nestes receptores ocasionando analgesia e sedação. Além das propriedades analgésicas, estes fármacos opioides ao se ligarem a estes receptores, ocasionam: hipnose, euforia; êmese; no TGI, diminui a motilidade intestinal, alivia a diarreia; a morfina libera histamina, causando urticária; depressão respiratória, que poderá ser mais ou menos acentuada, dependendo da dose, inibição da tosse e miose, este último sinal, da pupila puntiforme, é encontrado em pacientes consumidores de morfina. Opióides são drogas pouco utilizadas para o alívio da dor, isto ocorre, pela resistência dos familiares e até por profissionais da saúde, seja por não ter conhecimento das ações e efeitos adversos, seja pela legislação que norteia o seu uso. Por este motivo, faz-se necessário que o Enfermeiro, conheça suas ações, efeitos adversos e o momento adequado de aplicá-lo. Diante disso o presente estudo tem como objetivo de esclarecer os princípios básicos de aplicação dos opióides para alívio da dor, na percepção do Enfermeiro. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, realizada por meio de artigos publicados na biblioteca virtual em saúde (BVS). Foram utilizados como critérios de inclusão os artigos publicados entre os anos de 2010 a 2016, disponibilizado gratuitamente e em português. Os critérios de exclusão, foram os artigos que não correspondessem a temática. A coleta dos dados ocorreu em abril de 2017, utilizando os descritores: enfermagem; dor; analgesia; opióides; tratamento. Na busca, encontrou-se 66 artigos, após a utilização dos critérios de seleção e leitura minuciosa dos artigos, foram selecionados quatro para o desenvolvimento deste. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A OMS, recomenda que os analgésicos deverão ser administrados pela via oral, proporcionando aos pacientes conforto; pelo relógio, para uma manutenção constante do alívio da dor; pela intensidade da dor, usando a escada farmacológica da dor; a administração da dose deverá ser individualizada, com o objetivo de buscar o alívio da dor, respeitando os limites da dose e efeitos adversos. Os opióides são drogas utilizadas para dores crônicas resultante de doenças de natureza inflamatória, como por exemplo, artrite reumatoide, artropatias, nos processos oncológicos e em pacientes terminais. Em pacientes com artrite reumatoide, artropatias, os opióides utilizados para dores moderadas, como por exemplo o tramadol, oxicodona e codeína, associados ou não, aos anti-inflamatórios (ácidoacetilsalicílico) não esteroides, ou analgésicos, como por exemplo, paracetamol, dipirona, geralmente, são suficientes para abolir a dor. No caso de pacientes oncológicos, cerca de 30 a 40% deles, precisam de analgésicos, muitas vezes em fases precoces, outras vezes, em 70% dos casos, em fases tardias e quase todos na fase terminal da doença. Neste último caso, os opióides são os fármacos de escolha, a dose e o tempo de uso, acontecerá de acordo com a necessidade do paciente e do conhecimento do profissional da saúde, sobre as drogas usadas. Mesmo tendo comprovado os benefícios para muitos pacientes, o risco da dependência física e psíquica provocado pelos opióides, é um fator limitante, para seu uso por tempo prolongado. Os seus efeitos adversos, incluem: tolerância, depressão respiratória que poderá levar a parada de trocas respiratórias, principalmente em pacientes com enfisema; vômitos, efeitos hipotensivos em virtude da alergia, isquemia cerebral, síndrome de abstinência e deve ser usada com cautela em pacientes com asma brônquica, em virtude da liberação da histamina. Portanto, os opioides são fármacos que exigem conhecimentos sobre os seus mecanismos de ações, efeitos adversos e

interações medicamentosas com outros fármacos. Diante deste quadro, o Enfermeiro deverá aumentar os seus conhecimentos com relação ao uso dos opióides, para trazer uma maior segurança para o paciente, o próprio profissional da enfermagem e deste modo, oferecendo uma melhor prestação de serviço, evitando complicações. **CONCLUSÃO:** Diante do exposto, conclui-se que os opióides são altamente necessários no processo da dor aguda e crônica e que os Enfermeiros devem buscar a compreensão das suas ações farmacológicas, para um melhor conforto do paciente e segurança.

Palavras-chave: Enfermagem. Dor. Analgesia. Opióides. Tratamento.

REFERÊNCIAS

BRUNTON, L. L. HILAL-DANDAN, R. **Manual de Farmacologia e Terapêutica de Goodman & Gilman**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 1204p.

FORTUNATO, J. G. S. et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p. 110-117, 2013.

HENRIQUE, Danielle de Mendonça; SILVA, Lolita Dopico da. O uso seguro de opióides em pacientes queimados: fundamentando o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Queimadura**, Rio de Janeiro, v. 1, n.13, p.6-10, jul. 2014.

NASCIMENTO, Daiana Célia Honorato; SAKATA, Rioko Kimiko. Dependência de opióide em pacientes com dor crônica. **Revista Dor**, São Paulo, v. 2, n.12, p.160-165, 2011.

POSSO, Maria Belén Salazar. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o tratamento da dor crônica não maligna com opióides. **Revista Dor**, São Paulo, v. 1, n. 14, p.7-11, 2013.

FATORES DESENCADEANTES PARA O CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Aline Fernanda Barbosa
Aniuska Vanessa Coutinho Germano
Luzia Kelly Alves da Silva Nascimento
Meirelaine de Moraes Oliveira
Rafaela Borges de Oliveira

INTRODUÇÃO: O Câncer é uma doença que pode acometer vários órgãos e tecidos, é desencadeado pelo crescimento desordenado das células, que por sua vez acabam invadindo tecidos e órgãos do corpo humano, processo este, denominado de carcinogênese. Esta revisão integrativa abordará sobre uma das neoplasias mais frequente com relevantes índices de mortalidade, o câncer de cabeça e pescoço. Segundo Casati et al. (2012) o câncer de cabeça e pescoço é um termo genérico que representa as neoplasias malignas das vias aerodigestivas superiores como cavidade oral, laringe, faringe e seios paranasais. Colombo e Rahal (2007) relatam em sua revisão de literatura que as neoplasias de cabeça e pescoço possui uma incidência de 780.000 novos casos por ano no mundo, e que esse grupo de doença acomete com mais frequência os homens do que as mulheres, as causas são por motivos diversos podendo ser tanto externas como internas. Os fatores externos que contribuem para o adoecimento do ser humano com as neoplasias estão diretamente relacionados ao meio ambiente e aos hábitos e costumes próprios do indivíduo, como o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, consumo desenfreado do tabaco, alimentos industrializados dentre outros. Já os fatores internos estão correlatados a causas genéticas, sistema imunológico comprometido e os hormônios. Os tumores malignos são responsáveis por mais de 12% de todas as mortes no mundo, sendo no total de 7 milhões de pessoas que vão a óbito anualmente. Com a expectativa de vida alcançando níveis melhores, os tumores podem alcançar 15 milhões de novos casos em 2020 previsões realizada em 2005 pela Internacional Union Against cancer (UICC) (INCA, 2006). Tendo em vista a preocupação com o aumento da incidência do câncer de cabeça e pescoço houve a necessidade de pesquisar acerca do assunto, para isso formulou-se a seguinte questão de pesquisa: quais os fatores de risco que causam o câncer de cabeça e pescoço? **OBJETIVO:** Descrever os principais fatores de riscos que causam o câncer de cabeça e pescoço. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, que buscou investigar através de evidências científicas e discutir sobre os fatores de risco relacionados a neoplasia de cabeça e pescoço, realizada através de artigos disponíveis nas bases de dados biblioteca virtual de saúde (BVS), MEDLINE e LILACS. Foram utilizados como critérios de inclusão os artigos publicados entre os anos de 2007 a 2017, disponibilizado gratuitamente e em português. Os critérios de exclusão foram os artigos que não correspondessem à temática, em língua inglesa e disponível apenas o resumo. A coleta dos dados ocorreu de janeiro a abril de 2017, e foram utilizados os descritores: “neoplasias de cabeça e pescoço”, “aerodigestivas”, “fatores de risco”. Na busca, encontrou-se trinta artigos, após a utilização dos critérios de seleção e leitura minuciosa dos artigos foram selecionados dez. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** De acordo com Galbiatti et al. (2013), descrevem que o álcool é um fator desencadeante para as neoplasias de cabeça e pescoço, pois atua como solvente aumentando a exposição das mucosas a agentes carcinogênicos, multiplicando a

absorção celular. Outro fator a ser observado é o papiloma vírus humano mais conhecido como (HPV) pois é incidente em cerca de 25% dos câncer aerodigestivos diagnosticado, relatam também que a expectativa de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço com metástase é de 5 anos em 50% dos casos. A principal forma de tratamento na doença maligna primária e secundária é a cirurgia, seguida de radioterapia, pois nesse estágio a doença tem um elevado percentual de cura. Para Colombo e Rahal (2007), o principal fator etiológico para essa doença é o uso combinado de álcool e tabaco, pois o fumante tende em ser etilista e vice e versa e que o crescimento do câncer consiste num processo multipasso acompanhado por mudanças genéticas e epigenéticas. Segundo Santos et al. (2010) o protagonismo do álcool como fator de risco ainda não está bem esclarecido, mas deve se atentar a alguns efeitos que são significativamente diferentes em relação aos sexos. Foi possível observar, o elevado risco apontado para mulheres que bebem com regularidade desde os 18 anos, também foi constatado que, para os homens que começaram a fumar aos 16 anos o risco aumentava em 50%. Conforme Freitas et al. (2013), o tabagismo é muito agressivo ao homem, pois o cigarro possui substâncias cancerígenas, se aliando à alta temperatura que ele chega quando aceso, para ele mesmo o cigarro sem fumaça (rapé ou tabaco para mascar) traz danos ao ser humano isso por que após o uso acaba deixando resíduos entre as bochechas e língua tornando assim um contato prolongado com essas substâncias. A sintomatologia das neoplasias malignas de cabeça e pescoço consiste em tosse, rouquidão, dor no ouvido, dificuldade em engolir alimentos, cefaleia, alterações neurológicas entre outras. O tabagismo tem papel importante no adoecimento das neoplasias de cabeça e pescoço, levando em consideração a intensidade e a duração do hábito de fumar. O cigarro tem em sua composição nitrosaminas que se torna um grande vilão para a doença, pois é um composto cancerígeno resultante da queima da nicotina. Ao fumar ou mascar o tabaco o homem fica suscetível a ter reações oxidativas em seus tecidos implicando no início de reações que acabam produzindo radicais livres nos eventos celulares, com a presença do oxigênio reativo, essas reações ocasionam dano as proteínas, lipídios, carboidratos e DNA. O etilismo mesmo não estando associado ao tabaco pode desencadear inúmeros danos ao ser humano, o etanol interage com o DNA humano, mesmo não possuindo ação carcinogênica, a atenção fica voltada ao seu primeiro produto metabólico, que é originado a partir da ação enzimática desidrogenase(ADH) que forma o acetaldeído que tem uma alta ação mutagênica, capaz de induzir alterações celulares como a quebra da fita do DNA, sendo considerado um agente genotóxico. Todo esse processo pode provocar erros no processo de multiplicação das células ou no processo de divisão onde o núcleo celular pode perder algumas porções do DNA, dessa forma expondo as células a se alterarem durante a multiplicação celular, desencadeando uma série de lesões podendo chegar no desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço ou até de outros tipos. É válido ressaltar que o etanol na mucosa oral pode desencadear uma mudança na homeostase das células epiteliais mudando a estrutura da mucosa ou induzindo o aumento da permeabilidade do epitélio, permitindo a penetração dos carcinogênicos já que ele atua como facilitador, transformando mais suscetíveis a sua ação. A alimentação é outro importante fator de risco a ser discutido, pois uma dieta inadequada e desequilibrada pode desencadear uma produção de radicais livres (RL) que pode levar uma alteração no DNA. Uma alimentação rica em gordura, associada ao álcool, ou pobre em proteínas, vitaminas (A, E,C,B2) e alguns minerais como o selênio, cálcio são importantes fatores de risco. Para Galbiatti et al. (2013) a alimentação pode está associada na redução do

risco de adoecer e que existem fortes evidências indicando que uma dieta rica com frutas, alimentos que contêm carotenoides e vegetais pobres em amido pode reduzir os riscos para o câncer de cabeça e pescoço. **CONCLUSÃO:** Diante do exposto, conclui-se que conhecer a cerca dos fatores de risco que desencadeiam as neoplasias de cabeça e pescoço, é altamente importante mediante a ligação com os hábitos e costumes do nosso cotidiano, ressaltando o etilismo e o tabagismo como os principais motivos que desencadeiam as neoplasias de cabeça e pescoço no homem devido ao elevado número de tabagistas e etilistas na população brasileira. É válido ressaltar também a importância de políticas públicas para alertar a população para os riscos, pois o câncer é um grande problema de saúde pública nos dias de hoje.

Palavras-chave: Neoplasias de cabeça e pescoço. Aerodigestivas. Fatores de risco.

REFERÊNCIAS

CASATI, Murilo Furtado Mendonça et al.. Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço no Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, São Paulo, v. 41, p.186-191, 2012.

COLOMBO, Jucimara; RAHAL, Paula. Alterações genéticas em Câncer de cabeça e Pescoço. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São José do Rio Preto, v.55 n. 2, p.165-174, 5 ago. 2008.

FREITAS, Rivelilson Mendes de et al. Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Fortaleza, v. 48 n.4, p.1-7, 2013.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2006: situação do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2006. 113p.

GALBIATTI, Ana Livia Silva et al. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. **Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology**, [s.l.], v. 79, n. 2, p.239-247, mar. 2013.

SANTOS, Gildeon Lima et al. Fumo e álcool como fatores de risco para o câncer bucal. **Odontol. Clín.-cient.**, Recife, v. 9, n. 2, p.131-133, 2010.



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES COM INGURGITAMENTO MAMÁRIO

Alexssandro de Lima Domingos
Ana Larissa Mota da Silva
Andressa Mônica Gomes Fernandes
Jéssica Louize Ramos de França
Viviane Kalyne Pereira da Silva Souza

INTRODUÇÃO: No puerpério o corpo materno passa por transformações necessitando de informações, principalmente no que diz respeito a lactação. Desta forma, a consulta puerperal de enfermagem detecta e avalia alguns fatores fisiológicos da puérpera ajudando a orientar a prática do aleitamento materno, prevenindo assim as complicações mamárias e o desmame precoce. Por conseguinte, o interesse para estudar este tema foi despertado durante o período de estágio curricular, em que várias puérperas que não realizaram o pré-natal de forma adequada apresentaram casos de ingurgitamento mamário. Faz-se relevante este estudo, pois contribuirá para o entendimento frente às questões da lactação pouco frequente ou insuficiente que causam ingurgitamento mamário, bem como à equipe de enfermagem pode atuar para que esse problema de saúde não aconteça. Portanto, busca-se a partir de então, responder a seguinte questão de pesquisa: quais ações, a equipe de enfermagem pode desenvolver para orientar as gestantes sobre a prática do aleitamento materno, prevenindo assim o ingurgitamento mamário? O objetivo desse estudo é descrever as ações da equipe de enfermagem em orientar as gestantes sobre a prática do aleitamento materno, prevenindo o ingurgitamento mamário. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica com característica de revisão integrativa proporcionando uma análise de forma sistemática permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema, em que a trajetória metodológica apoia-se em estudos selecionados dentre o material de pesquisa, cujo embasamento teórico deu-se por meio de pesquisa nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Para nortear a pesquisa utilizou-se os descritores “aleitamento materno”, “cuidados de enfermagem” e “Puerpério”. A coleta de dados ocorreu no período de Agosto de 2016 à Abril de 2017, em que os critérios de inclusão foram, artigos que constavam textos completos, disponíveis em língua Portuguesa e relacionados com o tema. Já os critérios de exclusão foram periódicos, manuais, teses, monografias, protocolos ou artigos que não respondiam a questão de pesquisa.

No decorrer do processo de análise e de síntese integrativa foi fundamental estabelecer uma relação aberta com o texto, após leitura dos resumos conforme título de interesse, o que permitiu selecionar 13 artigos para leitura completa e posteriormente chegar a uma amostra final de 05 artigos. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A enfermagem, implementa a humanização quer seja na assistência direta aos usuários ou na gestão dos serviços de saúde, perpassando as faces do processo de humanização e conscientização tendo como a habilidade de aproximar-se da mulher com respeito um dos requisitos da postura ética, pois o puerpério é visto como uma fase de mudanças, tanto hormonal quanto emocional na vida da mulher e cabe aos profissionais da equipe de enfermagem prestar a orientação necessária, em maior evidencia no puerpério imediato, momento

onde o contato mãe/bebê inicia promovendo assim, o aleitamento materno. Perante as alegações maternas foi possível identificar que a inexperiência associada ao déficit de informações quanto à amamentação, podem estar relacionadas direta ou indiretamente a insegurança materna em adotar seu leite como único alimento de seus filhos. Apesar de possuírem o conhecimento teórico sobre o assunto, as puérperas sempre demonstram medo e ansiedade. Contudo, elas se preocuparam em manter sua estabilidade fisiológica. Diante desta realidade, o enfermeiro deve considerar as características e peculiaridades da puérpera nas ações a serem desenvolvidas junto a elas, tanto em domicílio quanto nos serviços de saúde, ajudando na adaptação da mulher no processo da maternidade de forma tranquila e sem intercorrências. A lesão de mamilos é induzida pela amamentação e tem particularidades únicas, quando recorrente, causando distúrbios intermitentes no tecido cutâneo, proporcionando uma cicatrização demorada. Esta lesão está associada à dor sentida pela puérpera ao amamentar evidenciando a necessidade de acompanhamento por especialista para incentivo à continuidade do aleitamento e para ajudar a mãe a superar esse problema. O ingurgitamento mamário ocorre frequentemente com febre e sinais inflamatórios na mama e de três a cinco dias pós-parto, apresentam lóbulos cheios de leite estagnado. Os profissionais da saúde devem conhecer as dificuldades no processo de aleitamento materno proporcionando alternativas importantes e indispensáveis para evitar o desmame precoce. O leite materno além de ser o alimento mais completo para o bebê atua como agente imunizador devido à presença de anticorpos maternos, ausência de fatores alergênicos e de substâncias que conferem melhor digestibilidade, sendo assim, um importante indicador de saúde infantil. O profissional de saúde através do seu apoio e incentivo desenvolve junto a lactante uma metodologia onde, a informação sobre a fisiologia da lactação, seus benefícios, como cuidar das mamas, o posicionamento dela e do bebê durante a amamentação, passa a ser primordial para evitar certos desconfortos no pós-parto. Compreende-se que a assistência de Enfermagem à puérpera é de fundamental importância promovendo o aleitamento materno como uma experiência positiva e satisfatória para a mulher. **CONCLUSÃO:** Associado a fatores como início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e sucção ineficaz do bebê o ingurgitamento mamário começa a deixar aparente os seus primeiros sinais, sendo este um processo delicado onde faz-se necessário o acompanhamento dos profissionais de enfermagem durante o puerpério, fase delicada e de mudanças fisiológicas da mãe, ocorrendo frequentemente com febre e mamas lesionadas. Tais lesões são induzidas pela amamentação e tem particularidades únicas podendo causar distúrbios no tecido cutâneo provocando uma cicatrização demorada, dor sentida pela puérpera ao amamentar evidenciando a necessidade de acompanhamento por especialista. Dificuldades com relação à deficiência na estrutura física hospitalar e as condições de trabalho diminuem drasticamente a qualidade da assistência de enfermagem, e, dificultam ainda mais o processo de humanização tornando esse momento um grande desafio a ser enfrentado, pois, apesar de haver avanços no campo das discussões teóricas, tais progressos extrapolem os limites da produção de conhecimentos e passem a ser operacionalizadas na realidade dos serviços de saúde. O profissional de saúde, por sua vez, precisa, desta forma, transformar a consulta puerperal de enfermagem em um momento esclarecedor e, além disso, incentivar a lactante, mesmo frente a alguns fatores fisiológicos que surgirão, a prática do aleitamento materno, prevenindo assim as complicações mamárias. Nota-se a necessidade de capacitar os profissionais de enfermagem para que realizem um trabalho durante o pré-natal e também no puerpério



melhorando a assistência de acordo com que é preconizado nas políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Cuidados de enfermagem. Puerpério.

REFERENCIAS

ABREU, Flávia Correa Porto de; FABBRO Marcia Regina Cangiani; WERNET Monika. Fatores que intervêm na amamentação exclusiva: revisão integrativa. **Revista Rene**, v. 14, n. 3, p. 610-619. 2013.

BONFIM, Joira Monte et al. Estudo das Alterações Mamárias e do Perfil Socioeconômico em Mulheres Assistidas por um Hospital Público de Fortaleza/CE. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 6, n. 4, p. 55-66. 2014.

CASSIANO, Alexandra do Nascimento et al. Percepção de enfermeiros sobre a humanização na assistência de enfermagem no puerpério imediato. **Rev. pesquis. cuid. fundam.(Online)**, v. 7, n. 1, p. 2051-2060, 2015.

MADOZ, Márcia Garcia. O papel da assistência de enfermagem na prática da amamentação. Artigo para obtenção de título de bacharel em Enfermagem. VALPARAÍSO DE GOIÁS 2014.

SHIMODA, Gilcéria Tochika et al. Associação entre persistência de lesão de mamilos e condições de aleitamento materno. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 68-81. 2014.

AS EMOÇÕES E SENTIMENTOS DA MULHER EM ESTADO GRAVÍDICO E PUERPERAL: ANÁLISE INTEGRATIVA DA PERCEPÇÃO MATERNA

Aniуска Vanessa Coutinho Germano,
Danzia Rose Nogueira Arcanjo,
Dayane Nayara do Nascimento,
Layze Caroline de Oliveira Santos,
Marileide Cavalcante do Nascimento,
Rafaella Karine Silva de Moura

INTRODUÇÃO A concepção é historicamente um evento natural e com isso indubitavelmente um fenômeno mobilizador, mesmo as primeiras civilizações agregaram a este acontecimento inúmeros significados culturais que por meio das gerações sofreram variações, mas que, até os dias atuais se comemora o nascimento como um dos fatos mais acentuados da vida como mostra em Brasil (2001). Logo, nos dias atuais (MOTA; MOREIRA, 2013), a atenção pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto torna-se uma ocasião singular para debater e elucidar temas, de forma particularizada e/ou grupal, aquilatando a subjetividade psicossocial de cada mulher e as experiências pregressas pelas quais tenha passado, pois a cada período gestacional o universo feminino se reinventa. Porém como mostra Rodrigues; Siqueira, (2008, p.180) “As questões que concernem à assistência ao parto, refletem ainda no quadro geral das dificuldades observadas na implementação das políticas públicas do setor saúde do país”. A partir de então surgiu a problemática das ações de enfermagem na assistência da informação fisiológica e psicologia à mulher no período de pré-parto e pós-parto em detrimento da percepção de si em relação aos fatos e os principais sentimentos ao seu redor. A pesquisa é de extrema acuidade para o presente século, uma vez que a atenção da percepção dessa mulher no momento parturitivo ainda é pouco discutida na literatura, dentre os principais atilamentos destacam-se a dor, medo, ansiedade, lesões anatômicas, o retorno da atividade sexual e cuidado estético com as mamas.

OBJETIVO O presente trabalho tem como objetivo identificar na bibliografia científica de saúde os principais fatores relacionados aos sentimentos centrais dessas mulheres e as fundamentais ações de enfermagem para evitar essa situação.

METODOLOGIA Trata-se de uma revisão de literatura integrativa científica que consiste em buscar e avaliar a descrição do corpo do conhecimento em busca de respostas com saber seguro e válido [...] (SILVA; SILVEIRA, 2009), que explorou o universo de seis artigos da base de dados Bireme, indexados na Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF), tal fonte é uma biblioteca virtual em saúde e ainda um centro especializado da organização Pan-Americana da Saúde. Foi usado como descritores: parto e sentimentos, com o cruzamento das palavras enfermagem AND mulher AND ações de enfermagem, com critérios de inclusão artigos nacionais, completos e de livre acesso. Quanto os critérios de exclusão foram eliminados artigos inferiores ao ano de 2007 que fugiam da temática trabalhada sendo considerados apenas entre 2008 a 2017.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: O oportuno resumo foi elaborado mediante produções científicas em saúde que tratam dos principais sentimentos dessas mulheres e foi percebido em Rodrigues; Siqueira, (2008) a experiência da dor e medo no trabalho de parto e parto subjetivamente vivenciado como uma consternação de vultosa

intensidade onde os únicos momentos de assistência foram limitados ao período expulsivo ou do pós-parto. O medo em Cavalcante et al. (2007) reflete, até certo ponto, o estado de insegurança das gestantes devido, provavelmente, a insuficientes orientações relacionadas ao trabalho de parto durante a assistência no Pré-natal. Já referente a ansiedade em Cavalcante et al. (2007) é atribuída ao desconforto do parto, onde embora sejam múltiparas, cada parto se coloca fisiologicamente de forma diferente e sendo assim imprescindível [...] a necessidade da utilização de uma abordagem humanizada que estimule a participação ativa da mulher e de seu acompanhante, que priorize a presença constante do profissional junto à parturiente, preconize o suporte físico e emocional do cuidado que proporcionem o alívio da dor e o conforto da parturiente como relata (SANTOS; PEREIRA, 2011). Quanto ao trauma perineal Monteiro et al. (2009) aborda como sendo a perda da retidão do períneo, sendo ele espontâneo ou cirúrgico. Tal dano pode ocasionar diversas consequências para a saúde da puérpera, como a própria dor e desconfortos que podem persistir tanto no pós-parto imediato quanto nos períodos mais distantes do puerpério (MONTEIRO et al., 2009) tendo em vista ainda que além de acarretarem dor de alta intensidade e custos adicionais aos serviços de saúde, também trazem diversas limitações nas atividades de vida diária dessas mulheres, tais como: deambular, sentar, repousar, defecar, urinar, nos cuidados com o bebê, na carência de lactação e na falta de sono e de apetite. Portanto uma atenção diferenciada por parte da equipe deve ser vista com um redimensionamento das indicações deste recurso de alívio da dor pesando-se a relação custo-benefício para as mulheres (MONTEIRO et al., 2009). Referente ao regressar das atividades sexuais não existe um prazo rígido, pois esta é uma decisão que se coaduna com a condição clínica e de interesse do casal, porém, Monteiro et al. (2009) preconiza um prazo mínimo de 45 dias, levando-se em consideração a boa higienização e a não ocorrência de processos infecciosos. Já concernentes ao cuidado estético com as mamas muitas mulheres possuem receio da amamentação por longos períodos de tempos em conformidade a flacidez dessas mamas e possíveis inflamações juntamente com processos dolorosos, no entanto em Mota; Moreira, (2013) foi visto que o conhecimento insipiente bem como informações errôneas sobre os cuidados com as mamas, reflete falhas na transmissibilidade das orientações e isso sim causa problemas no processo do cuidar. Ações básicas, como por exemplo, uso de sutiã com alças largas e de orifício central, o controle no uso de sabões, cremes ou óleos na área do mamilo, dentre outras ações são pontos que colaboram ao favorecimento da saúde dessas mamas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As ações de enfermagem com relação aos cuidados de saúde da mulher neste momento tão importante são de extrema seriedade, cabe a estes profissionais e sua equipe orientação e informação durante o processo parturitivo quanto aos principais processos fisiológicos e psicológicos que acontecem durante tal momento da vida dessa mulher. Como por exemplo, o aprimoramento do conhecimento científico e prático dos profissionais, voltado para atualizações durante toda vida de trabalho deste. Promover ações de acordo com o perfil de cada mãe e aperfeiçoar o enfrentamento dos sentimentos. É preciso também responsabilização nas ocupações primárias da atenção, como a intensificação do processo educativo no pré-natal, de forma adequada e coerente, seja ele grupal ou coletivo, incentivando a participação familiar, melhorando a qualidade assistencial, levando-se ainda em consideração as condições socioeconômicas e culturais destas (MOTA; MOREIRA, 2009). Portanto, as relações interpessoais nos moldes do acompanhamento contínuo da atenção e o vínculo, são capazes de produzir efeitos favoráveis sobre as vivências do evento materno, configurando-se, assim, como



uma atenção diferenciada do cuidado para com essa mulher (MOTA; MOREIRA, 2009). Destarte, o presente trabalho apresenta-se por estimular novas produções científicas para a ampla qualificação das ações em saúde da mulher.

Palavras-chave: Parto. Sentimentos. Enfermagem. Ações de enfermagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério**. Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, DF, 2001.

CAVALCANTE, Francisca Nunes et al. Sentimentos Vivenciados Por Mulheres Durante Trabalho de Parto e Parto, Salvador, Brasil. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.21, n.1, p 31-40, jan/abr. 2007. Disponível em: <<https://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3910/2877>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

MONTEIRO, Juliana Cristina dos Santos et al. Associação Entre a Analgesia Epidural e o Traumatismo Perineal no Parto Vaginal, **Esc Anna Nery Rev. Enferm.**, v.13, n.1, p.140-144, jan-mar. 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/EEN/Downloads/ASSOCIA%C3%87%C3%83O%20ENTRE%20A%20ANALGESIA%20EPIDURAL%20E%20O%20TRAUMA%20PERINEAL%20NO%20PARTO%20VAGINAL.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

MOTA, Itana Isis da Silva, MOREIRA, Michelle Araújo. Assistência pré-natal: conhecimentos de gestantes atendidas em uma maternidade pública da Bahia, Bahia, Brasil. **J Health Sci Inst.**, v.31 n.1 p.43-7, 2013. Disponível em: <https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/01_jan-mar/V31_n1_2013_p43a47.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2017.

RODRIGUES, Ana Verônica; SIQUEIRA, Arnaldo A. Franco de. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta, Recife, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.8, n.2 p. 179-186, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n2/05.pdf>>. Acesso em: de abr. 2017.

SANTOS, Luciano Marques; PEREIRA, Samantha Souza da Costa. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.22, n.1, p. 77-97, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a05.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

SILVA, José Maria da; SILVEIRA, Emerson Sena da. **Apresentação de trabalhos acadêmicos** : normas técnicas / José Maria da Silva, Emerson Sena da Silveira. 5. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes. p. 145, 2009.

ACIDENTES DE TRABALHO COM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DO RIO GRANDE DO NORTE NO ANO DE 2016

Andressa Mônica Gomes Fernandes
Carla Katilene de Souza Oliveira
Kathiane Patricya de Souza Oliveira
Marcel da Costa Amorim
Rodrigo Lemos do Nascimento
Vanuza Maria Gomes

INTRODUÇÃO: De acordo com a legislação brasileira, considera-se acidente de trabalho aquele ocorrido no ambiente laboral, ocasionando direta ou indiretamente lesão corporal ou quaisquer tipos de distúrbios funcionais, perda ou redução permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho e que possa ocasionar a morte, caracterizam-se como um problema de saúde pública. A Lei nº 8.213/91 equipara ainda a acidente de trabalho, algumas extensões desse conceito, como acidentes ocorridos fora do ambiente de trabalho a serviço da empresa, na ida ao local do trabalho ou no retorno desses. No Brasil, segundo os dados do Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (AEAT) de 2012, foram registrados 705.239 acidentes de trabalho, dos quais 66.302 corridos com os trabalhadores em serviços de saúde e serviços sociais. Dentre os trabalhadores da saúde, nota-se maior prevalência de acidentes acometidos aos profissionais de enfermagem. Visto que essa classe profissional expõe-se a diversos riscos ocupacionais e/ou cargas excessivas de trabalho, seja pela adição de horas extras ou por mais de um vínculo empregatício. Para amenizar problemas relacionados às atividades desenvolvidas em serviço de saúde, existem medidas preventivas que devem ser adotadas da Norma Regulamentadora (NR) 32, que trata das diretrizes básicas para a implementação da segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde e determina inserir ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores, proporcionando qualidade de vida no trabalho. Para tanto, a norma discorre de Programas de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA) que objetiva manter a integridade do trabalhador, identificando os riscos biológicos mais prováveis e avaliação do local de trabalho e do trabalhador, também dispõe do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) que visa aumentar a saúde dos trabalhadores e deve estar à inteira disposição de todos os funcionários. Os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), descartáveis ou não, deverão estar de livre acesso e em número suficiente nos postos de trabalho. É importante ressaltar que, quando os EPI's não se encontrarem na quantidade suficiente para todos, ou se os mesmos não estiverem em conformidade com as normas legais, neste aspecto, os profissionais de enfermagem é respaldado pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 311/2007 a recusar-se a desenvolver atividades profissionais. Deste modo, é essencial para os profissionais da área da saúde, sobretudo os da enfermagem, conhecer as informações fundamentais para que possam reafirmar e cumprir com seus deveres, prevenir doenças ocupacionais e promover a segurança no trabalho. Os estudos de acidentes de trabalho acometidos em serviço de saúde são bastante pertinente como instrumento de vigilância, conscientização, atenção profissional e ao paciente, visto que a maioria dos profissionais dessa área prestam

serviços, na maioria dos casos, em ambientes hospitalares. Os estudos irão permitir o melhor e real conhecimento dos acidentes laborais que estão presentes na área hospitalar, permitindo reforçar dados que despertem reflexão e maior vigilância de seus atos, além da redução de acidentes. A constituição desse objeto de informação está vinculada a um estudo quantitativo das notificações de acidentes de trabalho em hospitais universitários do estado do Rio Grande do Norte no ano de 2016, que determina as categorias profissionais com maiores índices de ocorrências, gênero, tipos de acidente e lesão, analisando evidências que justifiquem as causas dos acidentes e sugere posturas que devem ser adotadas para diminuição de acidentes.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo documental, com uma abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada com base nos registros de acidentes de trabalho do ano de 2016 em alguns hospitais universitários do estado do Rio Grande do Norte. A coleta de dados deu-se por meio de documentos de acidentes de trabalho, cujo histórico foi disponibilizado pela Diretoria de Atenção à Saúde dos Servidores (DAS). Os dados de interesse para esse estudo foram os registros de acidentes que envolviam profissionais da saúde (equipes de enfermagem, médica e farmacêutico bioquímico). Para isso, foram elaboradas tabelas para levantamento de informações acerca dos acidentes de trabalhos. Referente ao procedimento de investigação científica foram adotadas as literaturas da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), publicados em Língua Portuguesa e Inglesa, entre os anos de 2010 a 2017 e foram consultados os dados do Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho (AEAT) da Previdência Social do ano de 2012.

RESULTADOS DE DISCUSSÕES: Em 2016 foram registrados 17 acidentes de trabalho em três hospitais universitários da capital do Rio Grande do Norte, desses, 14 ocorrências envolviam profissionais da saúde e três ocorreram entre os técnicos de laboratório do hospital. Os auxiliares de enfermagem foram responsáveis por nove ocorrências, resultando em 52,9% do total de acidentes. Seguido pelos técnicos de laboratório com 17,6% (n=3), os enfermeiros com 11,8% (n=2) dos registros de acidentes no trabalho, o grupo de profissionais, a saber: 1 técnico de enfermagem, 1 médico e 1 farmacêutico bioquímico ocuparam cada, 5,9% (n=1) das ocorrências. Nota-se neste estudo que os profissionais de enfermagem destacam-se com 70,6% de registros, ou seja, 12 ocorrências de acidentes em serviço. Pesquisas foram realizadas por Bakke et. al. dos registros de acidentes de trabalho envolvendo profissionais de saúde em um hospital universitário no período de 2001 a 2008, também destacou o maior número de casos de acidentes entre os auxiliares de enfermagem. Do mesmo modo, outros autores latino americanos também notificaram maiores números de acidentes envolvendo as equipes de enfermagem. Essas categorias de profissionais estão expostas a altos riscos ocupacionais, devido a sua complexidade da assistência em serviço ao paciente, privação de sono, a composição da força laboral que por muitas vezes, ocorre em um ritmo acelerado, realizado em pé e com muitas caminhadas, exposto ainda a cargas excessivas e desenvolvendo agravos físicos e psicológicos. Os acidentes de trabalho classificados por gênero se caracteriza predominantemente pelo sexo feminino, ocupando 14 registros, ou seja, 82,4% do total de acidentes registrados entre os profissionais da saúde. Dentre essas ocorrências do gênero feminino, observou-se que os profissionais de enfermagem notificaram 11 acidentes. Dar-se-á composição da força de trabalho ser fortemente representada pelo gênero feminino, esses dados vêm de encontro com a literatura que ainda afirma a relação do acidente de trabalho com o papel que a mulher ocupa na sociedade, onde possui, na maioria das vezes, jornada dupla com afazeres domésticos. A categoria de acidente típico apresentou 10

notificações enquanto dois foram notificados como acidente de trajeto, ambos apurados entre as profissionais da equipe de enfermagem. A distribuição de acidentes de trabalho segundo a área do corpo atingida envolveu todos os acidentados dos hospitais, representando maior número deles, lesões nos membros inferiores com sete relatos (41,2%), em seguida, os membros superiores com seis ocorrências, ocupando 35,3% e as regiões do tronco e cabeça representaram duas notificações cada (11,8%). O acometimento dos membros inferiores pode ser justificado pelo maior agente causador de acidente nesse estudo, as quedas, que representaram sete ocorrências, ou seja, 41,2% do total dos acidentes, atingindo membros inferiores como tornozelos, pés, fêmur e joelhos. O material perfuro-cortante causou seis ocorrências de acidentes de trabalho (35,3%), esses acidentes entre os profissionais de enfermagem são decorrentes do manuseio de seringas, agulhas, ampolas e outros materiais pontiagudos essas são as notificações mais frequentes nos estudos de acidentes de trabalho na área da saúde. **CONCLUSÃO:** O estudo de caso demonstrou predomínio de acidentes entre os auxiliares de enfermagem, em mulheres, obtendo maior índice de acidentes típicos com ênfase em lesões nos membros inferiores, ocasionados principalmente por quedas e acidentes envolvendo o manejo de material perfuro-cortante. Considerando os diversos agentes que os profissionais da enfermagem estão expostos, as principais causas de acidentes estão relacionadas à exposição de desgastes físicos, psicológico e a desvalorização remuneratória o que faz submeter-se a vínculo outro empregatício, do qual os auxiliares de enfermagem estão mais inerentes. Observou-se ainda, uma fragilidade na percepção de riscos por parte desses profissionais. Torna-se necessário, então, maior capacitação dos servidores para a compreensão das áreas de riscos e dos riscos de acidente de trabalho, essa prevenção deve advir da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) junto a outros programas dos referidos ambientes priorizando mais treinamentos de prevenção e conscientização de acidentes, os trabalhadores quando orientados podem adaptar medidas mitigadoras para diminuir os riscos de acidentes, visando modificar alguns hábitos enraizados nos trabalhadores e que possibilite a diminuição dos riscos existentes nas atividades da área da saúde.

Palavras-chave: Acidente de Trabalho. Hospitais Universitários. Profissionais de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

BAKKE, H.A.; ARAÚJO, N.M.C. Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário. **Produção**, João Pessoa-PB, v. 20, n. 4, p. 669-676, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v20n4/aop00040109.pdf>> Acesso em: 17 abr. 2017.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485. 2005. **Norma Regulamentadora nº 32** – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviço de Saúde. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2011. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/trabalhista/nr/nr32.htm>>. Acesso em: 07 maio 2017.

SANTOS, S.V.M. et al. Work accidents and self-esteem of nursing professional in hospital settings. **Revista Latino-Americana enfermagem**, v. 2872, n. 25, 2017.



Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-2872.pdf>.
Acesso em: 07 maio 2017.

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA QUALIFICADA DO ENFERMEIRO NO ALEITAMENTO MATERNO

Fabio Mikael Fernandes Ferreira

Geylane Teixeira de Melo

Isabel Cristina Amaral de Souza Rosso Nelson

Joyce Vitória da Silva Cacho

INTRODUÇÃO: O aleitamento materno (AM) é uma prática de caráter fundamental para o binômio (mãe e filho). O Ministério da Saúde (MS) ressalta que amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2009). Os benefícios ofertados e orientados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) propiciam uma preocupação acerca da necessidade de estimular essas nutrizes a manter o aleitamento materno de maneira exclusiva por no mínimo seis meses de vida, podendo ser estendido até os dois anos de idade, desde que existam outras complementações nutricionais. Kennedy (2005) afirma que diversos estudos sugerem que o tempo em que a mãe deve amamentar seja, em média, de dois a três anos de idade, período onde costuma ocorrer o desmame naturalmente. Segundo Brasil (2009) o manual de nutrição infantil elaborado pelo MS orienta que em aleitamento exclusivo o RN mama de oito a doze vezes ao dia. Levando em consideração que o dia possui 24 horas, chegou-se a conclusão que se o lactente mamar oito vezes ao dia será programado para cada ciclo de amamentação o espaço de três horas corridas. Primíparas e multíparas precisam de orientações objetivas e claras, para quando surgirem adversidades, as nutrizes saibam como lidar e assim, manter firme o AM. Devido à dinâmica atual que mudou em relação às últimas décadas, percebe-se que a mulher está cada vez mais inserida no mercado de trabalho, que culmina na dupla jornada, que muitas possuem algum grau de insegurança, acreditam que o número de mamadas pode significar que o leite não é forte o suficiente, entre outros motivos que afetam no bom desempenho do AM. E Neste momento o enfermeiro deve saber como orientar essa mulher desde o pré-natal até no mínimo seis meses após o nascimento, sempre reforçando o a importância de amamentar por meio de comprovações baseadas em evidências a fim de prestar assistência qualificada, holística e humanizada. Nesta linha de raciocínio gostaríamos de responder o questionamento sobre qual a importância do enfermeiro para o bom andamento do AM antes e depois da alta, enfatizando seu papel como disseminador das boas práticas nos serviços de saúde. **OBJETIVO:** Mostrar a importância da assistência qualificada do enfermeiro para a orientação e manutenção do AM. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura que é uma forma de pesquisa que utiliza fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisa de outros autores, com o objetivo de fundamentar teoricamente um determinado tema (ROTHER, 2007). Foi realizada busca na BVS - Biblioteca Virtual em Saúde, nas respectivas bases de dados: Lilacs e Scielo. Para a busca foram empregados os descritores: Aleitamento materno, trabalho feminino, saúde da mulher. Foram encontrados 18 artigos escritos nos últimos dez anos com diferentes idiomas. Como critérios de inclusão utilizou-se artigos completos e com escrita na língua portuguesa.

Os critérios de exclusão foram artigos disponíveis em resumo e em língua estrangeira (inglês e espanhol). O total utilizado foi de 04 artigos para construção deste material.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: Diante exposto é incontestável afirmar que o AM possui muitos benefícios, tanto para o lactente quanto para sua genitora. Mas ainda que ofereça tantos benefícios, aparentemente alguns fatores, também supracitados vão de encontro ao preconizado pelo MS e está causando prejuízo a continuidade da amamentação, principalmente depois da alta hospitalar. Rego (2002) afirma que devido à desinformação da população de maneira geral e, especialmente, de profissionais, muitas mulheres estão desmamando precocemente. Rego (2002) também relata que o número de informações errôneas pode se assemelhar ao número de casos em que a nutriz deixou de fornecer o leite para acrescentar outro alimento dito como mais nutritivo. Existe também o fator tempo a ser levado em consideração, tendo em vista que a mulher tem que, muitas vezes, voltar a sua rotina de trabalho entre 120 e 180 dias corridos. De acordo com a Lei nº 11.770/08 referente à licença maternidade. Nem todas as empresas fornecem às suas funcionárias os 180 dias, então, diminui instantaneamente o número de mamadas devido à carga horária, as nutrizes se veem obrigadas a fornecer outros tipos de alimentos como, por exemplo, o leite industrializado. (BRASIL, 2009). Muitas vezes o que falta para essas mães é a orientação insistente por parte dos que acompanham seu pré-natal, no seu parto, puerpério e consulta de CD (Crescimento e Desenvolvimento da criança). É perceptível que a presença da equipe multiprofissional é de muita importância durante todo o processo, mas o profissional enfermeiro, dentre todos, encaixa-se perfeitamente dentro dessa necessidade, pois ele tem a oportunidade de coordenar e realizar ações educativas e assistenciais de maneira mais autônoma. Dentre as assistências mais específicas o enfermeiro pode atuar na prevenção e tratamento dos traumas mamilares, ingurgitamento mamário e mastite, patologias comuns no início da amamentação, que são responsáveis, algumas vezes, pelo desmame precoce, sempre usando como base para suas intervenções o exame físico, os diagnósticos feitos pelos médicos e sua própria taxonomia (NANDA, NIC e NOC) para então prestar uma assistência sistematizada e de qualidade, promovendo assim, o conforto que a nutriz necessita. Deve estar sempre atento e atualizado no que há de novidade dentro das práticas assistenciais, pois o seu foco é prestar uma assistência integral, solidária, eficaz e contextualizada, que respeite o nível de conhecimento e a história de vida de cada mulher, deve ajudá-la a superar medos, dificuldades e inseguranças que permeiam os primeiros meses. Transmitir segurança é fundamental, exige que os enfermeiros estejam bem ativos, desde os responsáveis pelo pré-natal até culminar na maternidade e consulta CD, é um ciclo e o enfermeiro deve estar presente em todos, sendo um arauto das boas práticas.

CONCLUSÃO: O profissional que está diretamente ligado aos cuidados obstétricos deve exercer uma influência positiva sobre suas pacientes, pois as mesmas precisam de um alicerce muito bem fundamentado para que a desinformação que trás prejuízo ao AM seja cada vez menos presente. Por esse motivo, é relevante enxergar essa mulher em sua essência completa, para conseguir desmistificar as nossas dúvidas, as dúvidas das mães, para então quebrar barreiras culturais sem comprovação científica, fornecer subsídio técnico, científico e emocional para aumentar cada vez mais o número de nutrizes que seguem o aleitamento materno exclusivo pelo período mínimo de seis meses. Pois ainda que a mulher esteja dentro de uma dinâmica muito diferente das vividas por seus antepassados, precisam compreender que são as principais protagonistas nesse processo tão importante que é amamentar. Que possui vantagens e desvantagens, mas que, com as orientações coesas, didáticas e



sistematizadas irá transmitir a confiança necessária para que as melhores soluções sejam alcançadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 20 maio, 2017.

_____. **Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.** Brasília, 2008. Disponível em: <<http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/42/2008/11770.htm>>. Acesso em: 20 maio, 2017.

GIUGLIANI, E.R.J. **O aleitamento materno na prática clínica.** J. Pediatra. 2000.

KENNEDY, G. E. From the ape's dilemma to the weaning's dilemma: early weaning and its evolutionary context. **Journal of Human Evolution.** California v. 48, p. 123-45, 2005.

MICHAELSEN K. F. Breastfeeding. In: Koletzko B. **Pediatric nutrition in practice.** Switzerland: Karger. 2008.

REGO J.D. **Aleitamento materno: um guia para pais e familiares.** 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

SILVESTRE, P. K; CARVALHAES, M. A; VENÂNCIO, S. I.; TONETE, V. L; PARADA, C. M. Breastfeeding knowledge and practice of health professionals in public health care services. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** v.17, n.06. Ribeirão Preto, nov./dec. 2009.