



UNIVERSIDADE **POSITIVO**

ANAIS DO III CONAENF

**CONCLAVE DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE POSITIVO**

Curitiba

2011

SUMÁRIO

TRABALHOS COMPLETOS

1	Complicações pós quimioterápicas: um estudo de caso.....	03
2	A trajetória da criança e do adolescente com câncer no ambulatório de quimioterapia.....	12
3	O enfermeiro frente à problemática da criança e o adolescente vítima de violência sexual.....	21

RESUMOS EXPANDIDOS

4	A assistência de enfermagem em pacientes com esclerose múltipla.....	40
5	A enfermagem e o cuidado da criança com fimose: relato de caso.....	46
6	A importância da identificação rápida do bloqueio atrioventricular de 1º grau: um estudo de caso.....	47
7	A percepção do enfermeiro frente as dificuldades do portador de Alzheimer.....	51
8	A visibilidade do enfermeiro no desenvolvimento da criança atendida na creche.....	55
9	Aspectos do crescimento e desenvolvimento infantil sob o olhar do enfermeiro.....	58
10	Assistência de enfermagem a um paciente idoso com infarto agudo do miocárdio: relato de caso.....	61
11	O bullying dói, minimize-o.....	65
12	Criança com linfoma de burkitt: diagnósticos de enfermagem.....	68
13	Cuidados de enfermagem ao portador da infecção generalizada, sepse.....	71
14	Desenvolvimento social cognitivo da criança: relato de caso.....	74
15	Educação em saúde no contexto da creche: relato de experiência.....	77
16	Estudo de caso: choque séptico.....	80
17	Fibrilação e flutter atrial preocupações e profilaxia com doenças secundárias relacionadas as arritmias.....	82
18	O avanço tecnológico e o cuidado humanizado a família e ao idoso na UTI.....	85
19	Atuação do enfermeiro no manejo do paciente com choque séptico Trombose venosa profunda – um estudo de caso.....	89
20	Trombose venosa profunda: um estudo de caso.....	93
21	Cuidados e orientação à pacientes colostomizados: um estudo de caso.....	97
22	Acompanhamento do enfermeiro as ocorrências e agravos a saúde infantil na creche.....	101
23	Hipertensão arterial: adesão ao tratamento preconizado pela secretaria municipal de saúde.....	104
24	Atuação do enfermeiro no manejo do paciente com choque séptico.....	108
25	Aspectos vividos pela família de um portador de doença de Alzheimer.....	112
26	Higienização das mãos como prevenção de infecções hospitalares.....	114
27	Porfiria hepática e suas complicações: uma proposta de enfermagem.....	116
28	Atuação do enfermeiro no manejo da morte encefálica e do potencial doador de órgãos.....	119
29	Assistência de enfermagem a um paciente idoso com infarto agudo do miocárdio: relato de caso.....	124
30	Visita domiciliar na prática clínica de saúde da família: um relato de experiência.....	128

TRABALHOS COMPLETOS

COMPLICAÇÕES PÓS QUIMIOTERÁPICAS: UM ESTUDO DE CASO

Kochla, KRA¹; Veloso, GBL¹; Morandi, JF³; Freitas, CSR³; Incerti, AAO³; Savi, EC³; Paschoal, NFC³; Soldera, PD³.

RESUMO

O câncer infantil é a principal causa de morte em crianças maiores de 1 ano. É uma doença que ocorre pela proliferação desordenada das células anormais o que compromete os órgãos e tecidos. É considerado câncer infantil toda neoplasia que atinge pessoas com menos de 19 anos de idade. A infância é uma fase em que as doenças ocorrem freqüentemente devido à vulnerabilidade das crianças. O câncer é uma patologia de difícil diagnóstico devido aos sinais e sintomas serem confundidos inicialmente com diversas doenças prevalentes na infância, como isso acaba adiando o tratamento que é vital para cura, pois se diagnosticado precocemente alcança um índice de 80% de cura. Existem diversos tipos de tratamento para o câncer infanto juvenil como: cirurgias, radioterapias e a quimioterapia, sendo essa a mais utilizada. Os efeitos colaterais podem surgir de acordo com a droga e a dose usada, sendo os mais frequentes: apatia, perda do apetite, perda de peso, alopecia, hematomas, sangramento nasal e bucal, mucosite, náuseas, vômitos e diarreia. Outros efeitos colaterais da quimioterapia são a neutropenia, que aumenta significativamente os riscos de morbidade e mortalidade por processos infecciosos. As complicações mais prevalentes são as cardiológicas, dermatológicas, hepáticas, renais, e neurológicas que podem aparecer até um ano após o tratamento, exigindo avaliação permanente. O objetivo desse estudo de caso é identificar os diagnósticos de Enfermagem à criança pós tratamento quimioterápico. Para tanto, foi realizado uma entrevista com a paciente e sua mãe. Durante a conversa foram abordadas as complicações pós quimioterápicas e também realizado o exame físico de enfermagem. Esse estudo foi realizado durante o período de estágio de saúde da criança e do adolescente, no mês de novembro de 2011, em uma unidade de internação de Hemato Oncopediatria de um hospital oncológico do município de Curitiba. Esta unidade é composta de 15 leitos e uma UTI com 5 leitos. Os resultados obtidos foram os seguintes: E.C.L.C., 16 anos, sexo feminino, natural de Curitiba / PR, internada há sete dias por motivo de problemas renais, com histórico de internamentos anteriores. O primeiro em 2005 devido diagnóstico de tumor extra ósseo primitivo na região do abdômen. Na época foi examinada por vários médicos que não chegaram ao diagnóstico, e as queixas de dor abdominal aumentavam. Após uma queda que exteriorizou o tumor foi submetida a uma laparotomia exploratória e nesta foi visualizado dois tumores em regiões diferentes sendo um na parte superior e outro na parte inferior do

abdômen. As internações se repetiram por diversas vezes devido a quimioterapia em que foi submetida e as complicações surgiram no decorrer do tempo. As principais foram as geniturinárias, gástricas, cardiológicas e neurológicas. Todas as internações anteriores foram realizadas em outro hospital na mesma cidade. Mãe bastante participativa e conhecedora da patologia e dos cuidados necessários com a adolescente. Reside no Bairro Alto em casa de alvenaria com quatro cômodos, divorciada e autônoma, nega fumo e álcool. A mãe reveza o cuidado com a irmã que reside na mesma cidade. A renda familiar é acrescida do auxílio doença que a adolescente recebe. Cursa o primeiro ano do ensino médio em uma instituição particular beneficiada com bolsa de estudos integral. Participa do programa de saúde mental, pois se sente deprimida. Relata disúria e ciclo menstrual irregular. Aparência geral: adolescente lúcida, comunicativa, deambula com dificuldade, alimenta-se pouco, refere disúria, ausência de eliminação fecal há cinco dias. Mantém acesso venoso periférico em MSE com soroterapia em curso. Realizado exame físico de enfermagem, administrado medicação conforme orientação médica. Encaminhada para banho de aspersão e higiene oral com o auxílio da mãe. Este estudo nos reafirmou a agressividade dos tratamentos oncológicos e as suas principais complicações pós-quimioterapia. Observamos a importância do enfermeiro conhecer a doença, tratamento para ser capaz de levantar os diagnósticos de enfermagem com a finalidade de prescrever intervenções que possibilitem estabelecer um cuidado de qualidade e seguro para a criança. A entrevista e o exame físico possibilitaram observar que a criança apresentou a maioria das complicações descritas anteriormente. Com isso podemos perceber que quimioterapia é um tratamento eficaz, porém pode trazer conseqüências que afetam os pacientes por toda sua vida.

Palavras-chaves: quimioterapia, cuidados de enfermagem, neoplasias.

INTRODUÇÃO

Define-se genericamente como câncer um grupo de doenças (tumores sólidos e doenças sistêmicas) que ocorre pela proliferação desordenada e descontrolada de células anormais que comprometem tecidos e órgãos. Este tem desafiado a ciência em todo o mundo, que luta em busca de cura e prevenção. O mal tem sido considerado um grande problema de Saúde Pública, com dimensões tanto no âmbito nacional quanto no internacional (LEMOS et al, 2004). O câncer infantil é a primeira causa de morte por doença após um ano de idade (INCA, 2010).

“O câncer infanto-juvenil é toda neoplasia maligna que atinge pessoas com idade menor que 19 anos, correspondem entre 2% e 3% de todos os tumores malignos” (COLLET, OLIVEIRA, GOMES, 2010). No Brasil, de 12 a 13 mil crianças menores de 14 anos são acometidas por algum tipo de câncer todos os anos. Apesar dos constantes avanços da ciência, o câncer infantil ainda permanece com a maioria de suas causas desconhecidas, o que o difere dos tumores em adultos. Clinicamente, os tumores pediátricos possuem um período de

latência menor, apresentando um crescimento rápido, porém com melhor resposta ao tratamento do que os tumores de indivíduos adultos (COSTA E LIMA, 2002).

A infância é uma fase em que as doenças ocorrem corriqueiramente, devido à vulnerabilidade das crianças. Infelizmente os sinais e sintomas do câncer infantil muitas vezes são confundidos com diversas patologias pediátricas, o que dificulta o diagnóstico precoce, e adia o tratamento que é vital para cura. Atualmente mais de 80% das crianças diagnosticadas de forma precoce podem ser curadas. O diagnóstico do câncer é frequentemente, um choque brutal devido à ameaça de morte iminente, podendo desencadear, na criança e na família, uma série de reações e sentimentos (MALAGUTTI, 2011). O tratamento é traumático envolve uma série de exames, procedimentos e medicamentos que demandam tempo.

Os principais tipos de tratamento incluem: cirurgia, radioterapia, quimioterapia e, mais recentemente, a imunoterapia. Essas terapias são utilizadas de forma isolada ou combinadas, dependendo do tipo celular, do órgão de origem e do grau de invasão do tumor. No caso do câncer infantil, a quimioterapia é de extrema importância e uma das terapêuticas mais comuns, uma vez que a maioria das doenças malignas da infância é sensível a ela (FIGUEIREDO, 2004).

A quimioterapia é definida como o emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, e tem como objetivo tratar as neoplasias malignas. A maioria dos quimioterápicos neoplásicos atua de forma não específica, lesa tanto células malignas quanto células benignas. O tratamento quimioterápico é complexo e agressivo, por isso é necessário que haja uma avaliação prévia do paciente com a finalidade de assegurar que o seu organismo se encontra em condições de superar os efeitos tóxicos do tratamento (MALAGUTTI, 2011).

Os efeitos colaterais podem surgir de acordo com a droga e a dose usada. Os mais frequentes são: apatia, perda do apetite, perda de peso, alopecia, hematomas, sangramento nasal e bucal, mucosite, náuseas, vômitos e diarreia. Outros efeitos colaterais da quimioterapia são a neutropenia, que aumenta significativamente os riscos de morbidade, e mortalidade por processos infecciosos. Esta provoca também efeitos colaterais psicológicos, sociais e afetivos (COSTA E LIMA, 2002).

Além destas complicações alguns órgãos são atingidos e a criança pode ficar com seqüelas permanente tais como: cardiotoxicidade, hepatotoxicidade, neurotoxicidade, toxicidade renal e vesical, toxicidade dermatológica.

A cardiotoxicidade está relacionada aos quimioterápicos e pode ser aguda ou crônica. A forma aguda ocorre durante ou nas primeiras horas após a aplicação em *push* de drogas cardiotoxícas e a toxicidade crônica pode manifestar-se durante o tratamento após semanas, meses ou mesmo anos depois de seu término, sendo que seu pico de incidência ocorre um ano após, é também chamada de síndrome da cardiomiopatia cumulativa e é caracterizada por insuficiência cardíaca congestiva e falência cardíaca. A prevenção e a detecção precoce da cardiotoxicidade são fundamentais, já que o tratamento das manifestações tardias é precário e frequentemente não implica em bons resultados, chegando a 60% o índice de mortalidade (OLIVEIRA, et al,2009).

O fígado é um importante órgão relacionado ao metabolismo dos quimioterápicos e algumas drogas causam reações hepatotóxicas, inicialmente são atingidas as células do parênquima, causando uma elevação transitória das enzimas hepáticas (TGO, TGP, DHL e fosfatase alcalina). O quadro é frequentemente reversível com a interrupção temporária do tratamento. No entanto pode evoluir para necrose ou fibrose hepática de caráter irreversível, principalmente após o uso prolongado de metotrexato ou mercaptopurina drogas que figuram entre as mais hepatotóxicas (GATES e FINK, 2009).

Uma das complicações potencialmente fatal e incomum é a toxicidade Pulmonar decorrente do uso de agentes antineoplásicos. A fisiopatologia das lesões pulmonares permanece desconhecida. Sabe-se que a associação das drogas quimioterápicas e a radioterapia torácica concomitante ou sequencialmente, podem ocasionar toxicidade pulmonar (MALAGUTTI e ROEHRS, 2011).

As complicações neurotóxicas estão relacionadas com o tratamento quimioterápico ocorrendo com maior frequência após o uso de vincristina, vimblastina, etoposide, teniposide, paclitaxel e docetaxel. As manifestações e o tratamento dependem da droga aplicada (MURTA, 2006). A enfermagem deve estar atenta a esse efeito colateral e seus sinais e sintomas, de forma a identificá-lo o mais precocemente possível.

A disfunção reprodutiva e segunda malignidade são complicações que os agentes antineoplásicos podem ocasionar e causa disfunção gonadal, com conseqüentes alterações em fertilidade e função sexual, seqüelas endócrinas, menopausa precoce, alterações musculoesqueléticas, disfunções imunológicas, efeitos teratogênicos e segunda malignidade. A intensidade dessas disfunções depende das drogas aplicadas, dose, duração do tratamento, sexo, idade, tratamento radioterápico associado e tempo fora de terapia (BONASSA, SANTANA, 2005). Os principais fatores de risco para a toxicidade renal em pacientes com câncer incluem: drogas quimioterápicas nefrotóxicas, idade, condição nutricional, uso concomitante de outras drogas nefrotóxicas e disfunção renal preexistente. Ciclos repetidos de drogas nefrotóxicas podem ocasionar diminuição da função renal apenas subclínica ou clinicamente evidente, com sinais e sintomas clássicos de insuficiência renal. Com o advento dos protocolos de alta dosagem a incidência e gravidade da toxicidade renal aumentaram (BARBOSA, et al, 2008).

Uma das complicações relacionadas a pele é a toxicidade dermatológica que pode ser local e sistêmica. A local ocorre nos tecidos circunvizinhos à área de aplicação da droga. Nesse grupo podemos incluir as seguintes alterações: flebite, urticária, dor, eritema, fotossensibilidade, hiperpigmentação, alterações nas unhas e recidiva de reação cutânea pós-radioterapia. A toxicidade dermatológica constitui-se nas seguintes alterações: eritema, eritema periférico (membros, dedos, orelhas), eritema acral, urticária, hiperpigmentação, fotossensibilidade, alterações nas unhas, recidiva de reação cutânea pós-radioterapia e alopecia. (BONASSA, SANTANA, 2005).

À medida que a terapêutica oncológica evolui aumentam as perspectivas de cura, crescem as preocupações com as complicações tardias do tratamento e a qualidade de vida dos sobreviventes (HOCKENBERRY e WINKELSTEIN, 2006).

No período de estágio em Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente cuidamos de uma criança que apresenta consequências pós-quimioterápicas o que despertou em nós o entusiasmo de identificar os diagnósticos de Enfermagem à criança pós tratamento quimioterápico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso realizado no mês de novembro de 2011. O estudo ocorreu no estágio de Saúde da criança e do adolescente em uma unidade de internação da Hemato Oncopediatria composta de 15 leitos e uma UTI com 5 leitos. Essa unidade faz parte de um hospital filantrópico localizado em Curitiba-PR, referência em tratamento oncológico no sul do país.

A coleta de dados aconteceu por meio do cuidado integral a uma adolescente com diagnóstico de tumor extra ósseo primitivo na região do abdômen. Como instrumento de coleta utilizamos o roteiro da disciplina que apresenta a seguinte sequência: dados de identificação, histórico, aparência geral (inclui cuidados realizados), descrição específica (exame físico), levantamento de problemas e diagnósticos de Enfermagem.

Para elencar os diagnósticos de Enfermagem foi utilizado como base a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem versão 1.0. Os eixos escolhidos para o levantamento destes foram: foco e julgamento. Estes foram organizados em uma tabela para a visualização do leitor.

RESULTADOS

Histórico

E.C.L.C., 16 anos, sexo feminino, natural de Curitiba / PR, internada há sete dias por motivo de problemas renais, com histórico de internamentos anteriores. O primeiro em 2005 devido diagnóstico de tumor extra ósseo primitivo na região do abdômen. A adolescente na época foi examinada por vários médicos que não chegaram ao diagnóstico e as queixas de dor abdominal aumentavam. Após uma queda que exteriorizou o tumor foi submetida a uma laparotomia exploratória e nesta foi visualizado dois tumores em regiões diferentes sendo um na parte superior e outro na parte inferior do abdômen. As internações se repetiram por diversas vezes devido ao tratamento quimioterápico em que foi submetida. No decorrer do tempo surgem as complicações, sendo as principais: geniturinárias, gástricas, cardiológicas e neurológicas. Todas as internações anteriores foram realizadas em outro hospital na mesma

cidade. Mãe bastante participativa e conhecedora da patologia e dos cuidados necessários com a adolescente. Residem no Bairro Alto em casa de alvenaria com quatro cômodos, divorciada, autônoma, nega fumo e álcool. A mãe tem mais uma filha, reveza o cuidado com a irmã que reside na mesma cidade. A renda familiar é acrescida do auxílio doença que a adolescente recebe. Cursa o primeiro ano do ensino médio em uma instituição particular beneficiada com bolsa de estudos integral. Participa do programa de saúde mental, pois se sente deprimida. Relata disúria e ciclo menstrual irregular. Adolescente com síncope vaso vagal após tratamento quimioterápico. Mãe refere alergia a medicamento propranolol, faz uso contínuo das seguintes medicações: e zoxipan 20 mg.

Exame físico:

Temperatura: 36,5°C

Frequência respiratória: 16rpm

Frequência cardíaca: 74 bpm

Pressão arterial: 110 x 80 mmHg

HI: Não tem sinais de desidratação

Peso: Não verificado

Estatura: Não verificado

Prega cutânea: Presente

MMII: Edemaciados - Sinal de Cacifo +

Ruídos Hidroaéreos: 4 movimentos por minuto

Aparência geral

Adolescente lúcida, comunicativa, deambula com dificuldade, alimenta-se pouco, refere disúria, ausência de eliminação fecal há cinco dias. Mantém acesso venoso periférico em MSE com soroterapia em curso. Realizado exame físico de enfermagem, administrado medicação conforme orientação médica. Encaminhado para banho de aspersão e higiene oral com o auxílio da mãe.

Descrições específicas

Cabeça com circunferência plana, simétrica, sustentada, grande quantidade de cabelos, grossos e lisos, castanho escuro e hidratado. Couro cabeludo ausente de sujidade em toda sua extensão, suturas palpáveis e oclusas. Face simétrica, corada, olhos simétricos, pálpebras inferiores e superiores características. Esclera branca, íris castanha, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Pavilhão auditivo externo direito e esquerdo simétricos, implantados na altura dos olhos, ambos higienizados. Canal auricular livre de cerume, narinas simétricas, higienizadas. Boca e língua não avaliados devido à recusa da paciente. Região cervical anterior e posterior com pele íntegra. Tórax normolíneo, a ausculta expansibilidade simétrica e ampla com murmúrios vesiculares característicos, pele apresenta cicatriz com presença de quelóide abaixo da subclávia direita, devido implantação do cateter totalmente implantado, mamilos simétricos condizentes com a idade. Ausculta cardíaca rítmica e normofonética. Abdômen globoso, levemente tenso, fígado palpável 1 cm do rebordo intercostal, ruídos hidroaéreos diminuídos e característicos. MMSS sem presença de edema, movimentação

prejudicada devido punção venosa em MSE com soroterapia. Abdômen globoso, sensível e doloso a palpação em quadrante superior direito e em quadrante inferior direito. Região genital não examinada. MMII com movimentação limitada, edemaciados com cacifo +.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Foco	Julgamento	Diagnóstico de Enfermagem
Processo patológico	Presente	Processo patológico presente
Cura	Ausente	Cura ausente
Sistema cardiovascular	Normal	Sistema cardiovascular normal
Sistema gastrointestinal	Nível diminuído	Sistema gastrointestinal em nível diminuído
Sistema urinário feminino	Comprometido	Sistema urinário feminino comprometido
Padrão de eliminação intestinal	Comprometido	Padrão de eliminação intestinal comprometido
Sistema tegumentar	Comprometido	Sistema tegumentar comprometido
Desenvolvimento humano	Comprometido	Desenvolvimento Humano comprometido
Crescimento	Comprometido	Crescimento comprometido
Auto cuidado	Comprometido	Auto cuidado comprometido
Caminhar	Comprometido	Caminhar comprometido
Exercitar-se	Comprometido	Exercitar-se comprometido
Dor	Presente	Dor presente
Alergia a medicação	Presente	Alergia a medicação presente
Edema	Presente	Edema presente
Acesso intravenoso	Presente	Acesso intravenoso presente

Processo familiar	Comprometido	Processo familiar comprometido
Depressão	Presente	Depressão presente
Vontade de viver	Nível aumentado	Vontade de viver de nível aumentado
Uso de medicação	Contínua	Uso de medicação contínua
PA	Alteração Súbita	Alteração súbita da PA

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Este estudo nos reafirmou a agressividade dos tratamentos oncológicos e as suas principais complicações pós-quimioterapia. Observamos a importância do enfermeiro conhecer a doença e o tratamento para ser capaz de levantar os diagnósticos de enfermagem com a finalidade de prescrever intervenções que possibilitem estabelecer um cuidado de qualidade e seguro para a criança.

A entrevista e o exame físico possibilitaram observar que a criança apresentou a maioria das complicações descritas anteriormente. Com isso podemos perceber que a quimioterapia é um tratamento eficaz, porém pode trazer conseqüências que afetam os pacientes por toda sua vida.

Os diagnósticos levantados vêm ao encontro dos principais sinais e sintomas das complicações e sequelas que o tratamento quimioterápico pode causar. Faz-se necessário o acompanhamento da criança e de sua família para que todos os problemas sejam tratados de maneira adequada a fim de amenizar riscos para a adolescente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MALAGUTTI, W. **Oncologia Pediátrica (Uma abordagem multiprofissional)**. São Paulo: Editora Martinari, 2011.

FONSECA et al., **Manual de Quimioterapia Antineoplásica**. Rio de Janeiro: Reishmann & Affonso Ed, 2000.

INCA. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BONASSA, E.M.A.; SANTANA, T.R. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

GATES, R.A; FINK, R.M. **Segredos em enfermagem oncológica**. 3. Ed. São Paulo: Editora Artmed.

MALAGUTTI, W. ROEHRS, H. **Terapia intravenosa: atualidades**. São Paulo: Editora Martinari. 2011

MURTA, G.F. **Saberes e práticas – Guia para ensino e aprendizado de enfermagem**. 2.ed. 2 vol. São Caetano do Sul, Editora Difusão, 2011.

NETTINA, S.M. **Brunner - Práticas de Enfermagem**. 8. ed. 1. vol. Rio de Janeiro: Editora Guanabara koogan, 2007.

HOCKENBERRY, M.J, WINKELSTEIN, W, **Wong fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora Mosby Elsevier, 2006.

ANGELO, M; MOREIRA, P.L; RODRIGUES, L.M.A; Incertezas diante do câncer infantil: Compreendendo as necessidades da Mãe. **Escola Anna Nery Rev. Enfermagem**, São Paulo, v.14, n. 2, p. 301-308, abr-jun. 2010. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/12.pdf>> Acesso em: 16/11/2011.

LEMOS, F.A; LIMA, R. A. G; MELLO, D.F; Assistência a criança e ao adolescente com câncer: a fase da quimioterapia intratecal. **Rev. Latino- am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 485-493, maio-junho. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a06.pdf>> Acesso em: 16/11/2011.

DONATI, A; CASTRO, L.G.M; Efeitos colaterais cutâneos de quimioterapia com taxanos. O ponto de vista do dermatologista. **Anais Bras. de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p. 755-758, julho. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n4/v86n4a20.pdf> > Acesso em: 16/11/2011.

OLIVEIRA, M. P. B; et al; Cardiotoxicidade e quimioterapia. **Rev. Bras. Clínica Médica**, São Paulo, v. 7, n. 5, p.326-330, julho. 2009. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n5/a010.pdf>> Acesso em: 17/11/2011

COSTA, J. C; LIMA, R. A. G; Crianças/Adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a Enfermagem. **Rev. Latino- am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 321-333, maio-junho. 2002. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13342.pdf>> Acesso em: 17/11/2011

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Particularidades do Câncer Infantil, 2008.Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343>. Acesso em: 18/11/2011.

A TRAJETÓRIA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COM CÂNCER NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA.

Kochla, KRA¹; Veloso, GBL¹; Freitas, CSR²; Incerti, AAO³; Savi, EC³;
Morandi, JF³; Paschoal, NFC³; Soldera, PD³.

RESUMO

O câncer infanto-juvenil duas décadas atrás era considerado uma doença aguda, com poucas possibilidades de cura. Atualmente tem se apresentado com boas perspectivas se o tratamento for adequado. O principal tipo de tratamento para o câncer infantil é a quimioterapia. O objetivo desse trabalho foi descrever a trajetória das crianças e adolescentes no ambulatório de quimioterapia e elencar os principais cuidados de enfermagem nesta trajetória. Para tanto, foi realizado observação e anotações em um diário de campo durante o período de estágio de Enfermagem em saúde da criança e do adolescente, no mês de novembro de 2011. A observação ocorreu em um ambulatório de quimioterapia de um Hospital Oncológico no município de Curitiba – PR. Esta foi realizada em todas as etapas do tratamento ambulatorial, desde a chegada, a espera e o tratamento quimioterápico da criança e do adolescente. Após esta, reunimos o material e deste emergiu quatro categorias: A chegada da criança e do adolescente no ambulatório de quimioterapia; A espera dos exames e do procedimento quimioterápico; A administração do quimioterápico; Os cuidados de enfermagem nesta trajetória. Este trabalho nos possibilitou observar que a trajetória do tratamento do câncer é cansativa, desgastante tanto para o indivíduo que passa pelo tratamento quanto para seus familiares, que acompanham e vivenciam todo o processo. A equipe de saúde que os atende pode colaborar na tentativa de minimização da dor e do sofrimento vivido por meio da prestação de cuidados adequados e bem estabelecidos voltados a este público. Para cada etapa desta trajetória o profissional enfermeiro estabelece cuidados, estes estão relacionados aos procedimentos e cuidados com a criança e sua família.

Palavras-chaves: quimioterapia, cuidados de enfermagem, neoplasias.

INTRODUÇÃO

O câncer infanto-juvenil, até cerca de duas décadas, era considerado uma doença aguda, com pouca possibilidade de cura, causador de muitas mortes. Nos dias de hoje, com o avanço da ciência e das tecnologias, tem se apresentado como uma doença com perspectiva de cura. Estudos realizados pelo Instituto Nacional Do Câncer (INCA), em 2008, apontam que cerca de 70% de crianças e adolescentes podem ser curados se diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados (BARBOSA, et al, 2008).

O tumor pediátrico mais comum é a leucemia, que representa 25% a 35% dos tumores infantis em todo o mundo. Nos países em desenvolvimento, os linfomas correspondem ao segundo lugar, e os tumores do sistema nervoso central, o terceiro. No Brasil, são estimados mais de 9000 casos novos de câncer infanto-juvenil por ano. Assim, a doença se configura como a segunda maior causa de mortalidade entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos, em todo o país (INCA, 2010).

Um pequeno grupo de células, denominadas células troncas hematopoiéticas, é responsável por produzir todas as células sanguíneas no interior da medula óssea. O termo **leucemia** refere-se ao grupo de doença complexas e diferentes entre si, que afetam a produção de glóbulos brancos. As principais leucemias estão classificadas em quatro categorias: leucemia mielóide aguda (LMA), leucemia mielóide crônica (LMC), leucemia linfóide aguda (LLA) e leucemia linfóide crônica (LLC) (ABRALE, 2011).

Os **linfomas** formam um grupo de doenças neoplásicas, que se originam dos sistemas linfóides e hematopoiéticos. Estes são classificados em doença de Hodgkin, em linfoma não-Hodgkin (Linfoma de Burkitt (LNH)), e são subdivididos de acordo com o tipo tecidual e o estadiamento da doença (COLLET, OLIVEIRA e VIEIRA, 2010)

O câncer do sistema nervoso central (SNC) tem início a partir de um conjunto de células que começam a se dividir sem controle e formam uma massa de células sólidas, constituindo um **tumor**. As duas principais formas de câncer na segunda infância (dos 9 aos 13 anos) são os tumores encefálicos e o neuroblastoma, derivados do tecido neural. Ambos são difíceis de tratar e não demonstram a mesma melhora observada na sobrevivência de outras formas de câncer (MALAGUTTI, 2011). Devido à gravidade da doença várias são as modalidades de tratamento.

Dentre as principais modalidades estão: a quimioterapia, associada ou não a radioterapia, cirurgia e imunoterapia. A quimioterapia é o tipo de tratamento mais comum para os cânceres na infância, pois a maioria das doenças malignas da infância é sensível a ela com uma resposta muito positiva em relação a doença (LEMOS, LIMA e MELLO, 2004).

A quimioterapia antineoplásica baseia-se na utilização de agentes químicos, isolados ou em combinação, com o objetivo de tratar os tumores malignos sendo uma modalidade de tratamento sistêmico da doença. Pode ser empregada com objetivos curativos ou paliativos, dependendo do tipo do tumor, da extensão da doença e da condição física do paciente (COLLET, OLIVEIRA e VIEIRA, 2010).

A quimioterapia curativa objetiva a erradicação de evidências da neoplasia. Já a paliativa, visa melhorar a qualidade de vida do paciente, minimizando os sintomas decorrentes da proliferação tumoral, aumentando seu tempo de sobrevivência em função de uma redução importante do número de células neoplásicas (BARBOSA, et al, 2008).

As doses antineoplásicas podem ser administradas pelas vias oral, intramuscular, subcutânea, intravenosa, intra-arterial, intratecal, intraperitoneal, intravesical, aplicações tópicas e intra-retal. A administração dos antineoplásicos exige uma série de cuidados que

irão proteger tanto o paciente quanto os profissionais que administram (FONSECA, et al, 2000).

Para este tipo de tratamento comum na infância, a hospitalização era indicação mais comum para o tratamento, entretanto um grande enfoque vem sendo dado à desospitalização, viabilizada por meio de tratamento ambulatorial, hospital-dia, assistência domiciliar (*home care*) e redes de apoio (COSTA e LIMA, 2002). Atualmente temos centros de referências com ambulatórios que atendem crianças e adolescentes diariamente.

Os ambulatórios de quimioterapia são centros especializados voltados prioritariamente ao diagnóstico e tratamento de câncer, e são aptos para o atendimento do paciente com qualquer tipo de neoplasia, estes apresentam maior grau de resolatividade. O Ministério de Saúde determina que os ambulatórios precisam estar acoplados a um centro de referência com estrutura física adequada e equipe multidisciplinar (MINISTERIO DA SAÚDE, 1996).

Para o funcionamento destes é fundamental uma equipe especializada e treinada especificamente para diagnóstico e tratamento do câncer infantil. Dentre os membros da equipe, a enfermagem cuida e está presente em toda a trajetória do tratamento quimioterápico da criança e do adolescente.

Durante o estágio de Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente em Unidade de Hemato Oncopediatria tivemos a oportunidade de acompanhar a trajetória da criança no ambulatório de quimioterapia. Após este olhar tecemos como objetivo da pesquisa: Descrever a trajetória da criança no ambulatório de quimioterapia e Identificar os principais cuidados de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado por acadêmicas de enfermagem do quarto período da Universidade Positivo em ambulatório de quimioterapia pediátrica, no mês de novembro de 2011. Para a descrição da experiência foram considerados os seguintes aspectos: observação da trajetória das crianças/adolescentes no ambulatório de quimioterapia e a rotina dos profissionais de enfermagem neste processo.

O estudo foi realizado em um hospital filantrópico de Curitiba-PR, referência em tratamento oncológico no sul do país. Composto por 153 leitos atende mensalmente em média 22.787 pacientes e 91,3% dos atendimentos são via SUS. A observação ocorreu no ambulatório da ala de Hemato-Oncopediatria que é composta por 15 leitos gerais e 5 leitos de UTI. Este local atende crianças e adolescentes acometidas por neoplasias, encaminhados através de consultas médicas particulares ou oriundas da rede pública de Saúde, com objetivo de proporcionar tratamento digno e de qualidade com finalidade de conquistar a cura e restabelecer todas as condições biopsicossociais do paciente e da família. O ambulatório é composto por 2 consultórios para consultas médicas, um para realização de procedimentos de enfermagem uma sala de espera e uma área de recreação infantil para que os pacientes aguardem os procedimentos indicados.

A coleta de dados foi através da observação participante e anotação no diário de campo. Neste foram feitas anotações sobre a trajetória das crianças/adolescentes no ambulatório de quimioterapia durante 04 dias. Observamos todas as etapas do tratamento ambulatorial, desde a chegada, a espera e o tratamento quimioterápico da criança e do adolescente. Após a coleta reunimos o material, descrevemos todas as etapas da trajetória e organizamos em quatro categorias.

A CHEGADA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA

Existe um setor do Hospital chamado ambulatório de oncologia pediátrica, este se destina ao diagnóstico e ao tratamento das crianças com câncer, neste local é realizado no máximo 30 agendamentos por dia acrescido das intercorrências que surgem como crianças em tratamento que chegam com febre e tem que ser atendidas o mais rápido possível. As crianças e adolescentes vão ao ambulatório por alguns motivos sendo estes: consulta médica, tratamento quimioterápico, coleta de exames, acompanhamento do tratamento e intercorrências.

Na chegada ao ambulatório a criança é recepcionada pela recepcionista que realiza o atendimento inicial, e a encaminha para a consulta ou para a coleta de sangue, pois não há uma regra fixa quanto ao tipo de procedimento que deve ser realizado primeiro.

As crianças e adolescentes tem empatia com os profissionais que os atendem, mostram-se colaborativos e seguros após as explicações e conversas durante o preparo para os procedimentos. Os procedimentos realizados nesta etapa são: punção do cateter totalmente implantado, coleta de sangue e orientações sobre as próximas etapas.

A coleta é realizada por uma técnica de enfermagem no cateter totalmente implantado ou por um acesso venoso periférico, esta também realiza o preparo do paciente que será submetido à quimioterapia, após os resultados dos exames ficarem prontos. Serão encaminhadas ao procedimento quimioterápico as crianças que os exames de sangues apresentarem-se dentro dos parâmetros da normalidade.

A ESPERA DOS EXAMES E DO PROCEDIMENTO QUIMIOTERÁPICO

Após a coleta e consulta médica o paciente retorna para a sala de espera, segunda etapa desta trajetória. Nesta sala, tem uma televisão e brinquedos para distração das crianças/adolescentes, além de ser fornecido o café da manhã para pacientes e acompanhantes. Após alimentação, são realizadas aulas ou atividades educativas por professoras vinculadas ao governo do estado do Paraná. Observamos que durante as atividades e aulas alguns pacientes apresentam-se poucos atraídos por estas.

Antes de iniciar o tratamento quimioterápico, é necessário que haja uma avaliação prévia da criança, para assegurar que o seu organismo está em condição de superar os efeitos tóxicos do tratamento. Esta espera é permeada de sentimentos de ansiedade pelos pacientes e acompanhantes, pois resultados positivos são aguardados por todos.

Neste período de espera percebemos que os pais e pacientes evidenciam em seus semblantes o cansaço, o desgaste e muitas vezes até a falta de esperança. As crianças brincam, correm, conversam pelos corredores, já os adolescentes mostram-se tristes e ansiosos com a terapêutica.

Para as crianças e adolescentes que apresentarem alterações nos exames ou intercorrências esta etapa do processo de quimioterapia toma outra trajetória: a internação ou o tratamento em casa com a suspensão imediata deste procedimento.

A ADMINISTRAÇÃO DO QUIMIOTERÁPICO

Esta etapa pode acontecer na sala de quimioterapia ou no Centro cirúrgico com a administração intratecal. A quimioterapia normalmente começa às 10 horas da manhã e é realizada por uma técnica de quimioterapia ou então pela Enfermeira. No primeiro momento a técnica organiza a sala e dirige-se ao laboratório para buscar o quimioterápico, vale ressaltar que cada paciente segue um protocolo diferente conforme o tipo de câncer, estadiamento dentre outros. Antes de começar a quimioterapia é administrado medicamento antiemético (é uma classe de medicamentos que possui como principal característica o alívio dos sintomas relacionadas com enjôo, náusea e os vômitos), depois é feito a hidratação, consecutivamente administra a quimioterapia e novamente antiemético. A sala de quimioterapia possui em sua estrutura poltronas e camas disponíveis para que a criança/ adolescente escolha a posição mais confortável durante todo o procedimento. Não existem restrições quanto ao decúbito do paciente e nem quanto ao fornecimento de dieta, exceto quando há restrições alimentares.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PRIMEIRA ETAPA

Após descrever a trajetória da criança no ambulatório elencou-se os principais cuidados de Enfermagem neste processo. A maioria das crianças e adolescentes que recebem a quimioterapia possui cateter totalmente implantado, todavia devido ao excesso de manipulação e localização, este torna-se uma importante porta de entrada para infecções. A partir destas observações seguem os seguintes cuidados na punção do cateter totalmente implantado:

- Abrir seringas, scalpels, agulhas de huber, gazes em campo estéril;
- Realizar assepsia do local com solução de clorexedina 2% (distal proximal);
- Puncionar o CTI (cateter totalmente implantado) com luva estéril;
- Aspirar 5ml de sangue e desprezá-lo;
- Coletar 8ml de sangue e colocar nos frascos específicos;
- Realizar flush no cateter com solução estéril (10 ml de soro fisiológico 0,9%);
- Após flush com a solução anterior heparinizar o cateter com a seguinte solução (0,1 ml de heparina e 4,9ml de soro fisiológico 0,9%);
- Realizar fixação do scalp ou agulha de huber no CTI com gaze e micropore;
- Realizar o esfregaço na lâmina;

- Colocar algodão até que o sangue cesse caso seja punção periférica;
- Retirar a luva;
- Anotar na caderneta de pacientes com CTI as características do que foi observado no cateter e punção deste. Anotar sobre refluxo de sangue dentre outras características;
- Anotar os tipos de exames encaminhados para o laboratório no livro de protocolo;
- Encaminhar o material para o laboratório, em uma caixa fechada e com o livro de protocolo que deverá ser assinado por quem receber o material.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA SEGUNDA ETAPA

Corresponde aos cuidados na espera do paciente para a quimioterapia.

- Distrair a criança/adolescente com livros, brinquedos e televisão;
- Fornecer alimentação para o paciente e família;
- Estimular para as aulas com as educadoras do Estado;
- Atentar para qualquer tipo de queixa como: dores, febres dentre outras;
- Realizar orientações educativas para os familiares.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA TERCEIRA ETAPA

Os cuidados de Enfermagem na trajetória de administração de quimioterápico incluem:

- Usar técnica asséptica rigorosa para todos os procedimentos invasivos;
- Utilizar EPIs na manipulação e administração;
- Administrar primeiramente anti emético, seguido de soro fisiológico para hidratação;
- Administrar agentes quimioterápicos conforme prescrição;
- Seguir as orientações para administração de agentes quimioterápicos;
- Observar a presença de sinais de infiltração;
- Implementar o protocolo da Instituição para tratar infiltração;
- Observar a criança por 20 minutos após infusão para verificar a presença de anafilaxia (cianose, hipotensão, sibilos, urticária grave);
- Dispor de equipamento e medicamentos de emergência;
- Monitorar a temperatura;
- Examinar a criança à procura de locais potenciais para a infecção;
- Oferecer uma dieta nutricionalmente completa;
- Avaliar vômitos e perdas hídricas.

Cuidados na segurança pessoal para minimizar a exposição através de contato com a pele

- Utilizar luvas de nitrila sempre que estiver preparando ou trabalhando com agentes quimioterápicos;
- Lavar as mãos antes de colocar as luvas e após retirá-las;

- Trocar as luvas após cada uso, laceração, punção ou se houver derramamento do medicamento na luva, ou após 1 h de uso;
- Vestir capote não-absorvente, de mangas longas, com elástico nos punhos e com fechamento nas costas;
- Os protetores oculares e faciais devem ser usados se houver probabilidade de esguichos;
- Utilizar seringas e equipos EV com fecho *Luer-lock* (que possuem dispositivo de travamento para manter agulha firmemente na posição);
- Rotular todas as seringas e equipos EV contendo agentes quimioterápicos como material perigoso;
- Colocar um chumaço absorvente diretamente sob o local da injeção para absorver qualquer extravasamento acidental;
- Se houver qualquer contato com a pele, lavar imediatamente a área de modo minucioso com água e sabão;
- Se houver qualquer contato com o olho, irrigá-lo imediatamente com água e procurar assistência médica;
- Deve-se dispor de kits de derramamento acidental em todas as áreas onde a quimioterapia é armazenada, preparada e administrada;
- Evitar contato mão-boca ou mão-olho enquanto manusear os agentes quimioterápicos ou os líquidos corporais da pessoa que está recebendo quimioterapia;

Cuidados na eliminação segura dos agentes antineoplásicos, dos líquidos corporais e da excreta

- Descartar as luvas e o capote num recipiente à prova de vazamento, que deve ser marcado como lixo contaminado ou perigo;
- Utilizar recipientes à prova de perfuração e vazamento para as agulhas e outros objetos cortantes ou quebráveis;
- A roupa de cama contaminada com quimioterapia ou excretas de pacientes que receberam quimioterapia dentro de 48h deve ser guardada em sacos de lixo especialmente marcados como perigosos;
- Utilizar luvas de procedimento para descartar as excretas corporais e manusear a roupa de cama contaminada dentro de 48 h da administração da quimioterapia;
- Em casa, usar luvas ao manipular roupas de cama ou roupas contaminadas com quimioterapia ou excretas do paciente dentro de 48 h após a administração da quimioterapia. Colocar as roupas de cama numa fronha lavável separada. Lavar separadamente em água quente, com detergente regular.

Os cuidados de Enfermagem com a família

- Manter um acompanhante durante toda a trajetória;
- Fornecer apoio emocional e psicológico;
- Explicar as razões do tratamento para a criança e para a família;
- Esclarecer os efeitos colaterais do tratamento;
- Ajudar a família a planejar o futuro;
- Incentivar a família a discutir os sentimentos;
- Orientar sobre acompanhamento pela Estratégia de Saúde da família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao observarmos a trajetória da criança no ambulatório notamos a importância da atuação dos diversos profissionais da área de saúde junto a estes pacientes, devido aos aspectos da doença que incluem também as questões sociais e emocionais.

O tratamento de uma patologia como o câncer não é de aceitação fácil, nem para a criança e nem para a mãe que acaba ficando solitária no processo de recuperação do seu filho estimado. Porém, de acordo com a nossa vivência no campo de estágio e estudos, observamos que esta é uma trajetória longa que necessita de cuidados de Enfermagem que contemplem os seguintes pontos: o cuidado com a criança e a família e cuidados específicos na administração dos quimioterápicos.

Quanto à responsabilidade, constatamos que o enfermeiro deverá estar a frente do gerenciamento do ambulatório de quimioterapia, informar sua clientela sobre o atendimento a ser prestado, assim como coordenar a equipe de enfermagem. Esta deverá estar preparada para que o atendimento tenha qualidade, pois visa diminuir os riscos a que estes pacientes estão expostos e minimiza a dor vivenciada durante toda esta trajetória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MALAGUTTI, W. **Oncologia Pediátrica (Uma abordagem multiprofissional)**. São Paulo: Editora Martinari, 2011.

FONSECA et al., **Manual de Quimioterapia Antineoplásica**. Rio de Janeiro: Reishmann & Affonso Ed, 2000.

INCA. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BONASSA, E.M.A.; SANTANA, T.R. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

GATES, R.A; FINK, R.M. **Segredos em enfermagem oncológica**. 3. Ed. São Paulo: Editora Artmed.

MALAGUTTI, W. ROEHRS, H. **Terapia intravenosa: atualidades**. São Paulo: Editora Martinari. 2011

MURTA, G.F. **Saberes e práticas – Guia para ensino e aprendizado de enfermagem**. 2.ed. 2 vol. São Caetano do Sul, Editora Difusão, 2011.

NETTINA, S.M. **Brunner - Práticas de Enfermagem**. 8. ed. 1. vol. Rio de Janeiro: Editora Guanabara koogan, 2007.

HOCKENBERRY, M.J, WINKELSTEIN, W, **Wong fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora Mosby Elsevier, 2006.

ANGELO, M; MOREIRA, P.L; RODRIGUES, L.M.A; Incertezas diante do câncer infantil: Compreendendo as necessidades da Mãe. **Escola Anna Nery Rev. Enfermagem**, São Paulo, v.14, n. 2, p. 301-308, abr-jun. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/12.pdf>> Acesso em: 16/11/2011.

LEMOS, F.A; LIMA, R. A. G; MELLO, D.F; Assistência a criança e ao adolescente com câncer: a fase da quimioterapia intratecal. **Rev. Latino- am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 485-493, maio-junho. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a06.pdf>> Acesso em: 16/11/2011.

COSTA, J. C; LIMA, R. A. G; Crianças/Adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a Enfermagem. **Rev. Latino- am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 321-333, maio-junho. 2002. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13342.pdf>> Acesso em: 16/11/2011

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria Nº 170, Dezembro,1993. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3535.html>> Acesso em: 18/11/2011

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Particularidades do Câncer Infantil, 2008.Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343>. Acesso em: 18/11/2011.

ABRALE. Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. Doença e Tratamento da Leucemia, 2011. Disponível em: <<http://www.abrale.org.br/doencas/leucemia/index.php?area=leucemia>>. Acesso em: 18/11/2011

O ENFERMEIRO FRENTE À PROBLEMÁTICA DA CRIANÇA E O ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Ana Carolina de Camargo Ferreira¹; Ana Regina de Carvalho Pinto²;
Orientador: Denecir de Almeida Dutra³; Co-orientadores: Adilson Lopes dos Santos⁴ e Suellen Abib⁵.

RESUMO

Introdução: A violência contra crianças e adolescentes é tão antiga como a própria história da humanidade, sendo um grave problema de saúde que se apresenta no cotidiano do profissional de Enfermagem. **Objetivo:** Discutir os cuidados do Enfermeiro frente ao atendimento à criança e o adolescente que sofre de violência sexual e abordar alguns aspectos legais que envolvem esta problemática. **Metodologia:** Realizou-se revisão de literatura nas bases de dados da Scielo e outras Revistas Eletrônicas de Saúde, em dois Trabalhos de Conclusão de Curso, no período de 2000 a 2011, nas legislações sobre o assunto e também coletou-se dados nos relatórios de programas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba-Pr. Utilizou-se os seguintes descritores: “abuso”, “violência”, “sexual”, “criança”, “adolescente”, “papel do Enfermeiro”, “maus tratos” sob a forma combinada ou isoladamente. **Resultados e discussão:** Para que haja uma melhor compreensão sobre a temática da violência sexual que acomete a criança e o adolescente no cotidiano da equipe de Enfermagem, apresentamos neste artigo os seguintes tópicos: as formas de violência intrafamiliar; os aspectos legais da violência sexual contra a criança e o adolescente descritos no Estatuto da Criança e do Adolescente; o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; o papel do Enfermeiro frente à criança/adolescente vitimados sexualmente e a importância da inclusão do tema violência sexual na grade curricular de Enfermagem. **Considerações finais:** Percebe-se que mesmo com a crescente atenção em relação ao atendimento à criança/adolescente vitimados sexualmente, ainda há dificuldades a serem sobrepostas pelos profissionais de Enfermagem para que haja um atendimento efetivo a este público.

Palavras-chave: Abuso Sexual; Violência Sexual; Criança e Adolescente; Enfermeiro; Maus tratos.

ABSTRACT

Introduction: Violence against children is as old as the history of mankind, it's a serious health problem that presents itself in the daily professional nursing. **Objective:** Discuss the care of nurses to care for children and teenager who suffer from sexual violence and address some

legal issues involved in this issue **Methodology:** We conducted a literature review in the databases Scielo and other Electronic Journal of Health, two works of Course Completion, in the period 2000 to 2011, the laws on the subject and also collected data in reports to the Program Municipal Health Service (SMS) from Curitiba-Pr. We used the following descriptors: "abuse", "violence," "sex," "child", "teen", "role of the nurse," "abuse" under the combined form or separately. **Results and discussion:** To have a better understanding on the issue of sexual violence that affects children and teenagers in everyday nursing team, this article presents the following topics: the forms of family violence, the legal aspects of sexual violence against children and teenagers described in the Child hood and teenage; the Code of Ethics of Professional Nursing, the role of the nurse of the child / teenager sexually victimized and the importance of including sexual violence theme in nursing curriculum. **Final considerations:** It is clear that even with the growing attention given to meeting the child /teenager sexually victimized, there are still difficulties to be overcome by the nursing professionals so there is an effective service to this audience.

Keywords: Sexual Abuse; Sexual Violence; Child and Teenager; Role of Nurse; Maltreatment.

INTRODUÇÃO

A violência tem se feito presente de forma crescente no mundo, sendo enfocada pelos meios de comunicação sob diferentes representações: desde a domiciliar até os grandes conflitos armados.(SCHERER; SCHERER, 2000).

Quanto mais regressamos na história, maiores as chances de depararmos-nos com a falta de proteção jurídica à criança, aumentando as probabilidades de que tivessem sido abandonadas, assassinadas, espancadas, aterrorizadas e abusadas física e sexualmente.(DAY *et al.*,2011).

O infanticídio era considerado um meio para eliminar todos aqueles pequenos que por desgraça nasciam com defeitos físicos. Crianças eram mortas ou abandonadas para morrerem desnutridas ou devoradas por animais, por razões como: equilíbrio de sexos, medida econômica nos grandes flagelos, por não agüentarem longas caminhadas, por motivos religiosos, por ser direito do pai reconhecer ou não o direito de viver de seu filho.(SCHERER,SCHERER;2000).

Na Inglaterra, em 1780, as crianças podiam ser condenadas por qualquer um dos mais de duzentos crimes cuja pena era o enforcamento. Entre 1730 e 1779, metade das pessoas que morreram em Londres tinha menos de cinco anos de idade. Somente no século XIX, o filho

passa a ser objeto de investimento afetivo, econômico, educativo e existencial.(DAY *et al.*,2011).

A chegada das primeiras crianças ao Brasil, mesmo antes do seu descobrimento oficial, foi marcada por situações de desproteção. Na condição de órfãos do Rei, como grumetes ou pajens, eram enviadas com a incumbência de casarem com os súditos da Coroa. Poucas mulheres vinham nas embarcações, e as crianças eram obrigadas a aceitar abusos sexuais de marujos rudes e violentos.(DAY *et al.*,2011).

O reconhecimento da morbimortalidade em decorrência da violência como um grave problema para a saúde fez com que surgissem os movimentos de prevenção e atenção especializada, na década de 1980.(VIODRES;RISTUM,2008).

Neste sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (2010), foi sancionado pela Lei nº 8.069, de 13/07/1990, inspirado pelas diretrizes fornecidas pela Constituição Federal de 1988 , constituindo-se no instrumento de garantia da cidadania de crianças e adolescentes, criando obrigações legais aos profissionais de saúde quanto à notificação; dando prioridade absoluta à criança e ao adolescente na sua proteção contra a negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade, opressão e todos os atentados, por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais; e criando o Conselho Tutelar, órgão responsável por iniciar a avaliação da situação denunciada, desencadeando as medidas a serem tomadas pelas redes específicas de atenção (proteção da criança, afastamento da vítima do agressor, punição do agressor, tratamentos).(MARTINS;JORGE,2009).

Desde então, o conhecimento sobre essa forma de violência vem sendo ampliada e sua gravidade reconhecida, ainda que os dados globais sobre sua magnitude não estejam devidamente dimensionados.(BRITO *et al.*,2005).

Na cidade de Curitiba para uma maior dimensão e obtenção de dados oficiais, no ano de 2000 implantou-se a Rede de Proteção, sendo esta um conjunto de ações integradas e intersetoriais para prevenir a violência, principalmente a intrafamiliar e a sexual e proteger a criança e o adolescente em situação de risco para a violência.(PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA-PR).

De acordo com Day *et al* (2011) os casos registrados em todo o país, em delegacias, conselhos tutelares, hospitais e institutos médico-legais são apenas um alerta; não revelam a verdadeira dimensão do problema. Os levantamentos oficiais sobre o fenômeno são precários e os dados obtidos são uma pequena parte do real, a “ponta de um Iceberg”. A cifra negra – número de casos não notificados – será maior ou menor conforme seja mais ou menos amplo o “complô de silêncio” de que muitas vezes participam os profissionais, os vizinhos, os parentes, familiares e até a própria vítima.

Muitos serviços de saúde têm aumentado o atendimento a crianças vítimas de violência, contudo o despreparo dos profissionais para lidar com tais circunstâncias é imenso. Não é fácil dar visibilidade ao problema da violência, pois depende dos aspectos emocionais dos profissionais, estruturais, legais, da existência de órgãos de apoio, além da oferta de capacitações para a identificação dos sinais. Além disso, os profissionais temem a represália

dos agressores, razão pela qual, muitas vezes, deixam de identificar casos de violência.(COCCO;SILVA;JAHN,2010).

Obter informações e cuidar de uma criança doente requer do profissional, além do cuidado técnico, imprescindível, o cuidado subjetivo, que envolve a singularidade e a individualidade de cada criança e a forma como esta expressa seus sentimentos e emoções. Estar atento para suspeitar ou comprovar a existência de maus tratos requer, além de habilidade, sensibilidade e compromisso com esta causa.(WOISKI;ROCHA,2010).

Esse fato sugere medidas sociopolíticas urgentes e, especialmente, na formação de profissionais com a compreensão de que a violência é um problema de saúde e que requer atitudes comprometidas com o enfrentamento desse fenômeno.(COCCO;SILVA;JAHN,2010).

O objetivo do presente artigo é discutir os cuidados do Enfermeiro frente ao atendimento à criança e o adolescente que sofre de violência sexual e abordar alguns aspectos legais que envolvem esta problemática.

METODOLOGIA

Realizou-se revisão de literatura nas bases de dados da Scielo e outras Revistas Eletrônicas, em dois Trabalhos de Conclusão de Curso, no período de 2000 a 2011, nas legislações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, na Constituição Federal de 1988 e coletou-se dados nos relatórios de programas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e atividades realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) disponíveis no site da SMS de Curitiba.

A revisão é direcionada a estudos de violência sexual contra crianças e adolescentes, destacando os cuidados do Enfermeiro frente ao atendimento desta problemática. Utilizou-se os seguintes descritores: “abuso”, “violência”, “sexual”, “criança”, “adolescente”, “papel do Enfermeiro”, “maus tratos” sob a forma combinada ou isoladamente.

Localizou-se oitenta e oito (88) artigos indexados no banco de dados da Scielo, realizou-se a leitura do título e do resumo para verificar critérios de elegibilidade pré-determinados no que tange ao tema da violência sexual contra a criança e o adolescente e/ou atuação do profissional de Enfermagem dentro desse contexto. Selecionou-se destes, setenta e um (71) artigos que foram analisados na íntegra, dos quais vinte e um (21) correspondiam aos critérios de elegibilidade, os demais artigos por não corresponderem aos critérios foram descartados do estudo. Pertinente ao tema encontrou-se cinco (05) publicações no Google Acadêmico que foram válidas para a presente revisão, estas indexadas também em Revistas eletrônicas de Saúde. Coletou-se dados em nove (09) relatórios de programas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e atividades realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) de Curitiba-Pr. Utilizou-se todos os artigos válidos para a presente revisão para a elaboração do quadro Papel Do Enfermeiro Frente À Violência Sexual - APÊNDICE A e através dos dados obtidos dos Relatórios da SMS de Curitiba elaborou-se o APÊNDICE B – Casos Suspeitos de

Violência Contra a Criança e o Adolescente Notificados de 2002 a 2010 e APÊNDICE C – Total de Casos Suspeitos de Violência na Infância e Adolescência Notificados Segundo tipo de Violência e Natureza da Violência de 2007 a 2010.

HISTÓRICO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

A violência sexual vem sendo perpetrada desde a antiguidade em todos os lugares do mundo, em todas as classes socioeconômicas, sendo fenômeno complexo, com multiplicidade tanto de causas quanto de consequências para a vítima.(SERAFIM *et al.*,2009).

Em todos os tempos, o domínio do mais forte sob o mais fraco foi exercido sob as diversas formas de poder, nas diferentes esferas da sociedade, desde as políticas e estatais, às sociais e familiares. A essa relação de poder, de busca dos excessos, do diferente e até mesmo do anormal, soma-se a pouca importância dada às crianças e aos adolescentes e às consequências dos maus-tratos dos adultos sobre eles.(PFEIFFER;SALVAGNI,2005).

Quanto mais regressamos na história, maiores as chances de depararmos com a falta de proteção jurídica à criança, aumentando as probabilidades de que tivessem sido abandonadas, assassinadas, espancadas, aterrorizadas e abusadas física e sexualmente. Exemplos são colhidos ao longo da história, assinalando-se que, no Oriente Antigo, o Código de Hamurábi (1728/1686 a.C.), em seu art. 192, previa o corte da língua do filho que ousasse dizer aos pais adotivos que eles não eram seus pais, assim como a extração dos olhos do filho adotivo que aspirasse voltar à casa dos pais biológicos, afastando-se dos pais adotantes (art. 193). Punição severa era aplicada ao filho que batesse no pai. Segundo o Código de Hamurábi, a mão do filho, considerada o órgão agressor, era decepada (art. 195). Em contrapartida, se um homem livre tivesse relações sexuais com sua filha, a pena aplicada ao pai limitava-se à sua expulsão da cidade (art. 154).(DAY *et al.*,2011).

O infanticídio era considerado um meio para eliminar todos aqueles pequenos que por desgraça nasciam com defeitos físicos. Crianças eram mortas ou abandonadas para morrerem desnutridas ou devoradas por animais, por razões como: equilíbrio de sexos, medida econômica nos grandes flagelos, por não agüentarem longas caminhadas, por motivos religiosos, por ser direito do pai reconhecer ou não o direito de viver de seu filho.(SCHERER;SCHERER,2000).

Na Inglaterra, em 1780, as crianças podiam ser condenadas por qualquer um dos mais de duzentos crimes cuja pena era o enforcamento. Entre 1730 e 1779, metade das pessoas que morreram em Londres tinha menos de cinco anos de idade. Somente no século XIX, o filho passa a ser objeto de investimento afetivo, econômico, educativo e existencial. É neste período que passa a ocupar a posição central dentro da família que, por sua vez, passa a ser um lugar de afetividade, onde se estabelecem relações de sentimento entre o casal e os filhos, lugar de atenção (bom ou mau).(DAY *et al.*,2011).

Violência Sexual Infanto-Juvenil no Brasil

Segundo Day *et al* (2011), na descoberta do Brasil, as crianças viviam sobre o poderio do reinado, em condições de desproteção, pois seu destino era marcado pela incumbência de se casarem com os súditos do rei, mas as violações contra as mesmas já aconteciam no decorrer do trajeto, uma vez que eram abusadas sexualmente pelos tripulantes das embarcações.

Nunes (2009) relata que no Brasil foi somente na década de 80 que os casos de violência contra a criança e o adolescente tornaram-se tão explícitos que foram tidos como um problema de saúde pública. Frente a esta situação as autoridades criaram legislações específicas para a garantia de direitos que visem proporcionar e atender as necessidades básicas de crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil de todo território nacional.

Apesar das determinações legais, a subnotificação da violência é uma realidade no Brasil e a identificação da violência sexual é ainda carregada de muitas incertezas. Além disso, esta questão não tem sido tratada na maioria dos currículos de graduação, logo, muitos profissionais não dispõem de informações básicas que permitam diagnosticá-la.(HABIGZANG *et al.*,2006).

Curitiba para uma maior dimensão e obtenção de dados oficiais de notificação de casos suspeitos de violência sexual contra a criança e o adolescente, no ano de 2000 implantou a Rede de Proteção, sendo esta um conjunto de ações integradas e intersetoriais para prevenir a violência, principalmente a intrafamiliar e a sexual e proteger a criança e o adolescente em situação de risco para a violência. Com o critério de obter dados oficiais e qualitativos sobre violência, foi a partir de 2007 que as parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Municipal da Educação (SME) e Fundação de Ação Social (FAS), contemplou-se de um sistema de notificação através das unidades de saúde, hospitais, centros de educação infantil e serviços da FAS para a alimentação do banco de dados da Rede de Proteção.(PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA-PR).

Com os dados coletados através deste sistema de notificação da SMS elaborou-se o APÊNDICE A, que apresenta de forma sistemática os números de notificações de suspeitas de violência na infância e adolescência dos anos de 2002 a 2010. Durante estes nove anos atingiu-se um total de 28.567 casos notificados à Rede de Proteção à Criança e Adolescente em Situação de Risco para a Violência da cidade de Curitiba, mostrando claramente que a violência se fez crescente de 2002 até o ano de 2008, tendo um pequeno declínio nos dois anos subseqüentes. Fato este que pode ter se dado pela falta de comprometimento e ou despreparo por parte dos profissionais envolvidos nesta Rede para a notificação desta problemática.

Na opinião de Habigzang *et al* (2006) o despreparo da rede no que diz respeito ao Brasil como um todo, ainda é constatado, envolvendo desde os profissionais da área de saúde, educadores e juristas até as instituições escolares, hospitalares e jurídicas, em manejar e tratar adequadamente os casos surgidos. Os profissionais e instituições que constituem a rede de apoio social para crianças e famílias vítimas de violência sexual encontram-se diante do desafio de evitar as formas traumáticas de intervenção sem resvalar.

Faz-se lembrar aqui que o profissional de Enfermagem pode ser penalizado no exercício de sua profissão caso não obedeça ao que rege o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2009), o Estatuto da Criança e do Adolescente (2010), a Constituição Federal, assim como as legislações que são regulamentadas em todo o território nacional, como também não há uma lei dentro do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2009) que ampare este mesmo profissional frente às situações de repúdio do agressor ou até mesmo do agredido e sua família.

Formas de Violência Intrafamiliar

Violência intrafamiliar designa a violência que ocorre na família, envolvendo parentes que vivem ou não sob o mesmo teto, embora a probabilidade de ocorrência seja maior entre parentes que convivem cotidianamente no mesmo domicílio.(ARAUJO,2002).

Existem quatro formas mais comuns de violência intrafamiliar: física, psicológica, negligência e sexual (DAY *et al.*,2011), onde nesta revisão daremos ênfase ao abuso sexual.

Abuso sexual é a situação em que uma criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto ou adolescente mais velho, baseado em uma relação de poder. Inclui manipulação da genitália, mamas ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia e exibicionismo e o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência. Uma característica importante do abuso sexual é a falta de consentimento em relação à vítima e o perpetrador, faltando muitas vezes à capacidade emocional ou cognitiva à vítima para permitir ou julgar o que está acontecendo.(LARANJEIRA,2000; RODRIGUES;BRINO;WILIANS,2006;PFEIFFER;SAVAGNI,2005).

Estudos têm exaustivamente demonstrado que a violência sexual contra crianças e adolescentes ocorrem em todos os estratos sociais, não se limita a determinada etnia ou credo, independe de regimes políticos e econômicos, pode atingir crianças e adolescentes em todas as faixas etárias.(PAIXÃO;DESLANDES,2010).

A antiga idéia de que o delinqüente era um estranho que se esconderia numa rua escura vem mudando sua face, e à luz observam-se feições bastante conhecidas, familiares, a hipótese de que o ambiente familiar, pelas ligações afetivas, protegeria seus membros mais vulneráveis, tem se mostrado bastante falha.(DAY *et al.*,2011).

A participação do padrasto, outros parentes, vizinhos, pais e amigos da família, como agressores nos casos de abuso sexual, é amplamente divulgada pelas pesquisas, desde as mais antigas até as mais atuais, revelando que o agressor sexual é, na maioria das vezes, alguém próximo à criança. Além da proximidade, que facilita a abordagem, estas pessoas contam com a confiança das vítimas, usando a relação de confiança para se aproximar cada vez mais, num processo insidioso, sem que a criança perceba o ato abusivo do adulto.(MARTINS;JORGE,2010;COCCO;SILVA;JAHN,2010).

Fundamentando o que foi relatado no parágrafo anterior, utilizamos como parâmetro os dados obtidos na SMS do município de Curitiba para elaboração do APÊNDICE B, este apresenta de forma comparativa os casos de suspeitas de violência, violência intrafamiliar com

ênfase na violência sexual notificados na Rede de Proteção à criança e o adolescente em situação de risco para a violência. No gráfico deste APÊNDICE, a primeira coluna representa todos os casos de violência notificados no período de 2007 a 2010, a segunda coluna apresenta a violência intrafamiliar, esta ocupando em média 80% de todos os tipos de violência e a terceira coluna destaca a violência sexual que está inserida na violência intrafamiliar, assumindo uma média de 10 a 15% dos casos notificados segundo a natureza da violência.

A partir deste comparativo evidencia-se que esses tipos de violência assumem destaques significativos e assustadores perante a sociedade, reafirmando aqui o grande problema de saúde pública que merece maior atenção e preparação dos profissionais envolvidos nesta problemática.

Martins e Jorge (2009) reafirmam: “que o lar é o local privilegiado para a prática da violência contra a criança, o que tem íntima ligação com os limites impostos pela privacidade que acabam por isolar a família da visão social, propiciando um ambiente encoberto pela cumplicidade familiar”.

Em outro momento Martins e Jorge (2010) discutem o papel de convivência que a mãe assume diante da violência sexual intrafamiliar. Para manter a estabilidade e a segurança, a mãe passa a corroborar com a prática do abuso não reconhecendo o incesto, pois revelá-lo representaria reconhecer o fracasso de seu papel como mãe e esposa. Talvez estas questões justifiquem a tímida participação da mãe como notificadora. A maior proporção de agressão sexual cometida dentro de casa suscita a reflexão de que o lar, muitas vezes, não constitui um local seguro para as crianças.

Na análise desta revisão verificamos que alguns autores definem a violência intrafamiliar não apenas como sendo uma ação que acontece dentro do lar e por pessoas com laços de consangüinidade, este fenômeno também pode ser cometido em ambiente externo desde que os perpetradores possuam laços de afetividade e mantenham uma relação de autoridade sobre a vítima. A criança e em especial o adolescente sente-se desprotegido diante dos membros de sua própria família, pois estes que deveriam figurar-se como alicerce para o seu desenvolvimento são coniventes e muitas vezes os próprios perpetradores da violência sexual. Quando colocamos serem coniventes tentamos mostrar que o silêncio dos familiares diante ao incesto é mais comum do que imaginamos, fazendo com que a incidência da subnotificação atinja proporções ainda maiores do que as apresentadas. Com relação ao que abordamos neste tópico evidenciamos a necessidade da legislação que assegure os direitos da criança e do adolescente.

Aspectos Legais da Violência Sexual Contra a Criança e o Adolescente Descritos no Estatuto da Criança e do Adolescente

No Brasil, a temática do abuso sexual de crianças e adolescentes adquire maior expressão política na década de 1990, com a instituição – Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (2010) - Lei nº 8.069/90, retratando uma maior maturidade e engajamento por parte da sociedade brasileira. O Estatuto da Criança e do Adolescente (2010) passa a ser o

novo paradigma para o sistema de Justiça, para a sociedade como um todo, visando a “garantia de atendimento integral e especializado” a essa faixa etária da sociedade. É uma das legislações mais avançadas do mundo, que pouco a pouco começa a ser implementada.(PAIXÃO;DESLANDES,2010).

Sendo indivíduos em desenvolvimento, o que os submetem a tutela de um responsável, a criança e o adolescente são sujeitos passíveis de proteção. No Art. 2º, do ECA: “Considera-se criança, para efeito dessa lei, as pessoas até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade”.(2010, p.13)

A partir da presente revisão de literatura evidenciamos que para garantir os direitos da criança e do adolescente, faz-se necessário que haja compromisso e participação do poder público e da sociedade, priorizando assim um atendimento que abranja as verdadeiras necessidades a que essa clientela está exposta, através de elaboração e execução em quaisquer aspectos, conforme descrito na Constituição Federal, capítulo VII - Da família, da criança, do adolescente e do idoso, Art.º227 e dando ênfase à criança e o adolescente é elencado no Título I : Das Disposições Preliminares do ECA através do:

Art. 4º - É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária
Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende: a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstância; b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.(2010, p. 13).

No Título II do ECA são elencados os Direitos Fundamentais (artigos 7º ao 69º).

Art. 7º - A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Art. 8º É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal. [...].(2010, p. 16).

Nos artigos 17º e 18º do ECA assegura-se sobre respeito e dignidade:

Art. 17º - O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais. Art. 18º É dever de todos velar pela dignidade da

criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.(2010, p. 20).

Ainda, de acordo com o ECA, no seu Art.13º: “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”.(2010, p. 17)

O Estatuto da Criança e do Adolescente (2010) prioriza a identificação e notificação dos casos, criando o Conselho Tutelar que seria o responsável por iniciar a avaliação da situação denunciada, desencadeando as medidas a serem tomadas pelas redes específicas de atenção (proteção da criança, afastamento da vítima do agressor, punição do agressor, tratamentos).(SCHERER;SCHERER,2000).

Não existindo esse órgão, a notificação deverá ser feita à autoridade judicial, dado que a comunicação constitui justa causa para o rompimento do sigilo profissional. Os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção.(BAPTISTA *et al.*,2008).

Frente ao Art. 245º do ECA (2010), verificamos que há pena aplicada ao ato infracional administrativo, responsabilizando e punindo os profissionais quanto à omissão da notificação:

Art. 245º - Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.(2010, p. 118).

Os artigos acima citados fundamentam a proteção dos direitos à criança e o adolescente, que implementado por todos os Estados, torna-se marco histórico no reconhecimento dos direitos humanos.

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

Entende-se por código de ética o conjunto de normas e princípios morais que devem ser observados no exercício de uma profissão. Baseado nele, o profissional pode tomar decisões e adotar condutas para o desenvolvimento do seu trabalho²².

A Resolução COFEN - 311/2007 reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2009) e dá outras providências. Diante do contexto da violência sexual ressaltamos alguns artigos.

Capítulo I, Das Relações Profissionais – Direitos: “Art. 2º - Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional”.(2009, p. 27).

Neste artigo supra citado, destaca-se a importância do profissional de Enfermagem em buscar novos conhecimentos e/ou aprimoramentos através de capacitações para que o mesmo exerça suas atividades com segurança e total autonomia.

Capítulo I, Das Relações Profissionais – Responsabilidades e Deveres: “Art. 5º - Exercer a profissão com justiça, compromisso, eqüidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade”.(2009, p. 27).

Seção I, Das relações com a pessoa, família e coletividade - Responsabilidades e deveres: “Art. 15º - Prestar assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza”.(2009, p. 29).

São ressaltados nesses artigos, fundamentos primordiais para a execução precisa das práticas dos profissionais de Enfermagem.

Seção I, Das relações com a pessoa, família e coletividade - Proibições: “Art. 34º - Provocar, cooperar, ser conivente ou omissivo com qualquer forma de violência”.(2009, p. 31).

Seção III, Das relações com as organizações da categoria - Responsabilidades e deveres: “Art. 48º– Cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão”.(2009, p. 32).

Nesses artigos fica evidente que a classe profissional de Enfermagem deve dispor de um real comprometimento com seu exercício profissional. Se isto não acontece é porque muitas vezes o profissional é ignorante perante as deliberações que aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2009) que entrou em vigor a partir de 12 de maio do ano de 2007, revogando a Resolução COFEN 240/2000.

Seção IV, Das relações com as organizações empregadoras - Direitos:

Art. 61º - Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições dignas para o exercício profissional ou que desrespeite a legislação do setor saúde, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente por escrito sua decisão ao Conselho Regional de Enfermagem.(2009, p. 34).

Assim sendo o profissional tem autonomia em recusar-se a exercer sua função na instituição em que presta serviços, caso a mesma não lhe ofereça um suporte compatível para com o exercício de sua profissão.

No artigo 2º do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2009, p. 27) está claro que o profissional de Enfermagem deve ter conhecimento pleno sobre o código citado, podendo requerê-lo junto ao COREN de sua jurisdição ou acessando os sites que são destinados a estes, para que possa desenvolver as funções atribuídas a sua profissão.

O Papel do Enfermeiro Frente à Criança e o Adolescente Vitimados Sexualmente

Cuidar de uma criança/adolescente doente requer do profissional, além do cuidado técnico, imprescindível, o cuidado subjetivo, que envolve a singularidade, individualidade e a forma como estes expressam seus sentimentos e emoções.(WOISK;ROCHA,2010).

O enfermeiro no atendimento à criança e adolescente vítimas de violência sexual vem auxiliar no combate a este crime (PARRAGA,2010), somada as competências e habilidades específicas que lhe são atribuídas, a capacidade de inserido em uma equipe multiprofissional e de intervir estrategicamente, no que diz respeito à promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos indivíduos, conseqüentemente, o faz assumir um dever social, ético e humanístico.(MAIA;MORAIS,2010).

Sabe-se que, apesar de beneficiar muitas crianças, adolescentes e familiares em situação de abuso sexual, o atendimento especializado ainda demanda, tanto na área social como na da saúde, maiores investimentos e reestruturações para o preenchimento das lacunas ainda existentes. Sendo assim, reforça-se a necessidade no que diz respeito às capacitações dos profissionais da saúde, para uma padronização de atendimento das vítimas de abuso sexual. No âmbito da Saúde, poucos são os serviços estruturados com equipes habilitadas para fornecer este tipo de atendimento.(PAIXÃO;DESLANDES,2010).

A necessidade da abordagem multiprofissional no atendimento às vítimas que sofrem abuso sexual está diretamente relacionada à complexidade da situação e à multiplicidade de conseqüências impostas às vítimas.(MATTAR *et al.*,2007).

Muitos serviços de saúde têm aumentado o atendimento a crianças vítimas de violência, contudo o despreparo dos profissionais para lidar com tais circunstâncias é imenso (COCCO;SILVA;JAHN,2010), pois estes, mantêm uma posição de desinformação, indiferença, negação, preconceito e temor no que diz respeito a este problema.(DAY *et al.*,2011). Além disso, os profissionais temem a represália dos agressores, razão pela qual, muitas vezes, deixam de identificar os casos.(COCCO;SILVA;JAHN,2010).

Como o diagnóstico está limitado mais ou menos ao aqui-agora, do encontro com a mãe e a criança, poucos profissionais investigam dados familiares da história pregressa ou informações de outros profissionais, que poderiam facilitar o diagnóstico de maus-tratos.(SCHERER;SCHERER,2000).

Cabe ao enfermeiro, independente da sua área de atuação, tentar reconhecer uma vítima de maus-tratos nos atendimentos e conscientizar os demais membros da equipe de assistência à criança ou adolescente, utilizando-se do princípio de que a omissão pode representar uma opção pela violência.(NUNES,2009).

Assim, ressalvadas as exceções, o enfermeiro precisa participar de cursos de formação/capacitação na área da assistência infanto-juvenil, dado que são poucos os recursos humanos qualificados envolvidos com o cuidado a pessoas nessa fase da vida.(BAPTISTA *et al.*,2008).

De acordo com o exposto ressaltamos três aspectos de relevância que devem ser executados pelo Enfermeiro: o acolhimento da vítima e sua família, identificação e a notificação.

O acolhimento de um modo geral é o amparo em vários aspectos a alguém que procura ajuda/auxílio/solução de algum problema, e no contexto da violência sexual contra a criança e o adolescente o enfermeiro tem que dar uma resposta a esta procura/demanda, tendo atitudes capazes de satisfazer o atendimento como um todo, estabelecendo uma relação de confiança com a vítima e/ou sua família, de forma a proporcionar transparência acerca das informações obtidas para organizar o atendimento conforme ele se apresenta. Após este primeiro momento, o profissional deverá ser convicto/preciso em sua decisão de como vai proceder, encaminhar a vítima e/ou a família a serviços de apoio social ou outras instituições, como Conselho Tutelar, Delegacia, Promotoria ou Juizado da Infância e da Juventude, ressaltando a importância dos profissionais destas instituições, de maneira a buscar soluções para o problema.(PARRAGA,2010).

Por isso, é moralmente correto afirmar que os profissionais que se ocupam de abusos sexuais contra menores devem proteger o menor e, na medida do possível, seu entorno familiar, visto que se trata de um ser em construção, aparentemente frágil e vulnerável, sujeito de um processo de socialização que, aos poucos, o tornará (caso não haja traumas sérios) um indivíduo autônomo.(MORALES;SCHRAMM,2002).

Em segundo momento, para a identificação é importante que se dê destaque aos dados obtidos durante a entrevista de enfermagem, exame físico e ginecológico. Sendo o primeiro atendimento de um caso evidente de abuso sexual é importante não fazer a higienização, nem remover roupas e secreções (a não ser que estes coloquem em risco a vida da vítima), pois estes podem ser indícios que venham a ajudar no exame pericial. A existência de roupas íntimas rasgadas ou com manchas de sangue, são sugestivos a violência sexual, assim deve-se registrar tudo no prontuário do paciente que, posteriormente pode ser solicitado judicialmente.(PARRAGA,2010).

Uma característica singular do abuso sexual refere-se ao fato de que é realizado, freqüentemente, sem o uso de força física, pelo poder, coação e/ou sedução, e por isso não deixa marcas físicas nas vítimas, dificultando a sua identificação.(SANTOS;DELL'AGLIO,2008).

A confirmação, implicará ao profissional, notificar às autoridades competentes os casos de abuso, como forma de preservar o direito do menor ao seu desenvolvimento, até ele poder decidir, livremente, qual tipo de sexualidade assumir. (MORALES;SCHRAMM,2002).

A notificação é o ato de denunciar, levar ao conhecimento da autoridade competente sobre tal situação. Importante aqui é fazer a interpretação do significado "denúncia" como revelar, conhecer e, não acusar, delatar. Percebe-se que não se trata de uma denuncia policial. Logo, a notificação é uma informação de uma pessoa, setor de saúde ou outro órgão ao Conselho Tutelar, sobre maus-tratos de criança e/ou adolescente, onde este conselho promoverá atenção, voltadas a proteção desses indivíduos. Assim, quem notifica/informa/denuncia está dizendo ao Conselho Tutelar que esta criança ou adolescente precisa de ajuda.(PARRAGA,2010).

Diante dos três aspectos abordados percebemos que estes estão diretamente interligados, ao mesmo tempo em que o profissional Enfermeiro precisa ser o porto seguro

dessas vítimas para diminuir o impacto diante do trauma, ele também precisa unir as peças de um quebra cabeça, onde este pode apresentar fatos evidentes como também não explícitos. A vítima pode ser apresentada ao profissional com relatos de outras queixas e não relativas ao abuso que foi acometida, assim o profissional em sua visão holística ao perceber e tentar questionar sobre o fato, poderá passar de acolhedor a ser visto como uma ameaça ao que diz respeito a quebra de sigilo familiar, desta forma este precisa estar seguro em relação à situação apresentada e encaminhar para os órgãos competentes para que este fato seja investigado e assim tomada as atitudes cabíveis.

As vítimas da violência sexual esperam mais que a simples aplicação de protocolos. Esperam receber um atendimento digno, respeitoso e acolhedor, que as protejam da revitimização. Cabe aos profissionais de saúde o reconhecimento de seu importante papel, com um exercício ético e responsável de medidas protetoras de sua saúde e de seus direitos humanos.(FAUNDES *et al.*,2006).

Além disso, deve o profissional engajar-se firmemente na melhoria da qualidade dos serviços de saúde, a fim de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa, democrática e solidária, pois se entende que assim ampliará e resgatará a função social do enfermeiro.(ALGERI,2005).

Tendo como função social e primordial neste tema discutido, em qualquer situação o enfermeiro deverá divulgar a ideologia de proteção aos direitos da criança/adolescente, desempenhar sua função de facilitador junto à comunidade, podendo assim com êxito desenvolver os grupos de auto-ajuda, oficinas, sistemas de apoio à sociedade, palestras educativas para pais (sobretudo os dependentes químicos), a fim de incentivar e fortalecer vínculos saudáveis entre pais e filhos, pois só desta forma haverá uma tentativa mais ampla com relação à prevenção do fenômeno da violência.

É preciso lembrar que os provedores de serviços de saúde também podem ter sido vítimas de violência ou ainda podem ter sido agressores. Portanto, nem todos os membros da equipe terão condições de prestar este tipo de atendimento e só aqueles adequadamente treinados devem ser alocados para cumprir estas funções.(FAUNDES *et al.*,2006).

Para facilitar o atendimento do Enfermeiro diante a violência, no APÊNDICE C elencamos algumas das sua atribuições, para que o mesmo possa desenvolver sua função baseada em dados concretos diante a esta problemática contra criança/adolescente, sendo esta uma das situações diversas recorrente em nosso cotidiano, lembrando-se que os dados coletados e informados pelo paciente, familiares ou responsáveis deverão obrigatoriamente ser registrados em prontuário, para facilitar a continuidade de um atendimento multiprofissional.

A Importância da Inclusão do Tema Violência Sexual na Grade Curricular de Enfermagem

A Constituição de 1988, em seu artigo 205, define:

A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade,

visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Esse artigo contempla a noção de que o ensino e a produção de conhecimento se fazem a partir da aproximação à diversidade de situações sociais. Tal definição explicita a valorização da extensão como um dos pilares da universidade, reafirmada pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, previsto no artigo 207 da Carta Magna.(CAVALCANTI;ZUCCO;SILVA,2005).

Acredita-se que compete à universidade, enquanto *lócus* de formação, levantar a questão e levar até os profissionais que forma, o conhecimento da problemática da violência, tornando-os aptos a interagir quando diante de sua ocorrência. Entende-se, portanto, que ela deveria possibilitar o preparo dos profissionais que forma, habilitando-os a lidar com as situações diversas, e, sobretudo as mais recorrentes, como é o caso, por exemplo, da questão da violência intrafamiliar em nosso cotidiano. A formação educacional de ação deve consistir em possibilitar formação de consciências individuais e grupais, capazes de agir quando for necessário. Educar consiste, então, mais do que nunca, em oportunizar o preparo do profissional, habilitando-o a agir quando necessário, trazendo para fora aquilo que internalizou durante o período de aprendizado.(ALGERI,2005).

Para tanto, faz-se necessário promover a formação de pessoal especializado e capacitado para atender e oferecer suporte às suas principais demandas. A capacitação deve incluir, além de conhecimentos técnicos, reflexões sobre o problema da violência sexual, crenças pessoais e o contato direto com as vítimas de agressão.(MONTEIRO *et al.*,2008).

Nesse sentido, reafirma-se a carência que os mesmos têm em sua formação acadêmica em contemplar o problema da violência nas disciplinas que abrangem a criança, o adolescente e a família. Um dos grandes motivos para a falta dessa abordagem na academia deve-se ao fato de que a violência doméstica/intrafamiliar é um problema/condição de saúde que não compreende conceitos fisiopatológicos, não constando explicitamente no Código Internacional de Doenças - CID-10. A inserção curricular do assunto prepararia o enfermeiro para o diagnóstico desse grave problema de saúde coletiva, apresentando-se, assim, como fator relevante na intervenção precoce dos cuidados e prevenção desse fenômeno. Além disso, capacitaria os enfermeiros a enfrentarem o fenômeno da violência com 'outros olhos', adotando uma abordagem holística, não focando seu cuidado exclusivamente nas conseqüências físicas.(ALGERI;SOUZA,2006).

O aprimoramento e a educação permanente são elementos essenciais para a capacitação, que refletem positivamente na atuação profissional. A intervenção em situações de violência sexual exige a atuação de profissionais sensibilizados e preparados tecnicamente para prestar uma assistência adequada (MONTEIRO *et al.*,2008), essa assistência poderá ser contemplada nas instituições formadoras que incluam em seus projetos pedagógicos o tema violência naqueles componentes que tratam da assistência materno-infantil, da saúde coletiva e do exercício da enfermagem, de modo a preparar o enfermeiro para o diagnóstico da

violência intra e extrafamiliar, assim capacitando-os para cuidar da criança, do adolescente e de seus familiares.(BAPTISTA *et al.*,2008).

Diante do que foi relatado neste item, constatamos que a universidade constitui o pilar fundamental e primordial na formação de profissionais envolvidos no fenômeno contra a violência sexual, dado que esse tipo de violência requer educação continuada, deverá a Universidade estar continuamente aberta ao ingresso de novas demandas e desafios.

A indagação, então, passa a ser a de como a Universidade, na figura dos docentes, como órgão formador de profissionais de saúde está preparado para discutir e apontar estratégias ao falarmos em todo o contexto sócio-político-cultural que envolve a violência à criança/adolescente.(ALGERI,2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao que foi revisado e coletado, evidencia-se que cabe ao Enfermeiro acreditar que ele é um dos agentes transformadores na questão da violência sexual contra a criança/adolescente. Esta problemática é mais um dos desafios a serem sobrepostos pelos profissionais de Enfermagem. Sabe-se que a área da saúde depara-se com inúmeras dificuldades para avaliar e constatar esta questão, também nota-se a carência de capacitações oferecidas pelas instituições de saúde, a falta de conhecimento por parte de alguns profissionais às legislações que regem o tema abordado, as universidades que em grande maioria não atendem as expectativas e necessidades deste tema e a posição de indiferença que o familiar e ou responsável assume em não notificar esta problemática.

A maioria das instituições formadoras destes profissionais de Enfermagem, não abordam durante o período acadêmico com tal importância a autonomia que estes profissionais têm de evidenciar “semiologicamente” a suspeita do abuso sexual entre crianças e adolescentes, para o tratamento adequado e o encaminhamento para os meios de proteção legal para a adequada assistências às vítimas.

Conclui-se que mesmo com os dados alarmantes da crescente violência em meio à sociedade, esta não têm se direcionado para que estes dados tornem-se decrescentes, visando à eficácia na prevenção, tratamento, reabilitação e na prevenção da revitimização, possibilitando à criança/adolescente um atendimento que proporcione as necessidades básicas para o bom crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil.

REFERÊNCIAS

ALGERI, Simone. A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 26 n. 3, dez. 2005. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4561>>. acessos em 11 out. 2011.

ALGERI, Simone; SOUZA, Luccas Melo de. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, ago. 2006. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400023&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 out. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000400023>.

ARAUJO, Maria de Fátima. Violência e abuso sexual na família. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 7, n. 2, dez. 2002. Disponível em
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722002000200002&lng=en&nrm=iso>. acessos em 29 set. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722002000200002>.

BAPTISTA, Rosilene Santos et al. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400011&lng=en&nrm=iso>. acessos em 17 out. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000400011>.

BRITO, Ana Maria M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100021&lng=en&nrm=iso>. acessos em 19 mar. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100021>.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele, ZUCCO Luciana Patrícia, SILVA Maria Magda Vasconcelos Aaraújo. A extensão universitária na prevenção da violência sexual. **Rev. Para a Saúde**, Londrina, v. 6 n. 2, jun. 2005. Disponível em:
 <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasauade/v6n2/viol%EAnciasexual.pdf>>. acessos em 11 out. 2011.

COCCO, Marta; SILVA, Ethel Bastos; JAHN, Alice do Carmo. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 3, 2010. Disponível em:
 <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a11.htm>>. acessos em 03 abr. 2011.
<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.7939>.

DAY, Vivian Peres et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, 2011. Disponível em
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000400003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 mar. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000400003>.

FAUNDES, Aníbal et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, fev. 2006. Disponível em
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000200009&lng=en&nrm=iso>. acessos em 20 out. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000200009>.

HABIGZANG, Luísa F. et al. Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000300006&lng=en&nrm=iso>. acessos em 29 set. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722006000300006>.

LARANJEIRA, Ricardo Alexandre Pinto. Abuso sexual na infância. Monografia (Faculdade de Medicina) - Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2000.

MAIA, Janne Kelli Freitas; MORAIS, Gilvânia Smith Nóbrega. Considerações ético-legais envolvendo o profissional de enfermagem diante de uma criança vítima de violência. **Rev. Eletr. Enf.**, Campina Grande, 2010. Disponível em

<<http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I19993.E8.T2842.D4AP.pdf>>. acessos em 21 out. 2011.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, dez. 2009 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000400002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 out. 2011. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000400002>.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, jun. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200005&lng=en&nrm=iso>. acessos em 20 mar. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000200005>.

MATTAR, Rosiane et al . Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200023&lng=en&nrm=iso>. acessos em 26 mar. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200023>.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza et al . Conhecimento dos enfermeiros sobre o Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 4, ago. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400009&lng=en&nrm=iso>. acessos em 18 set. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000400009>.

MORALES, Álvaro E.; SCHRAMM, Fermin R.. A moralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, 2002 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200007&lng=en&nrm=iso>. acessos em 29 set. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000200007>.

NUNES, Eliane Santana. Violência contra a criança e o adolescente: tipos mais frequentes e papel do enfermeiro. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/violencia-contr-a-crianca-e-o-adolescente-tipos-mais-frequentes-e-papel-do-enfermeiro/21602/>>. Acesso em: 26 de mar. 2011.

OLIVEIRA, Thelma Alves de *et al.* Edição Comemorativa 2010: Estatuto da Criança e do Adolescente e Legislação Complementar para a Proteção Integral de Crianças e Adolescentes. Curitiba: Departamento de Imprensa Oficial do Estado do Paraná, 2010.

PAIXAO, Ana Cristina Wanderley da; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, mar. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000100009&lng=en&nrm=iso>. acessos em 19 mar. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000100009>.

PARRAGA, Elton Estigarra. O papel do enfermeiro no atendimento à criança e adolescente vítima da violência sexual. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana. 2010.

PFEIFFER, Luci; SALVAGNI, Edila Pizzato. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 81, n. 5, nov. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-

75572005000700010&lng=en&nrm=iso>. acessos em 15 out. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572005000700010>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA-PR. Relatórios de Programas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Atividades Realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/relatorios.htm>. Acesso em: 27 out. 2011.

RODRIGUES, Julliana Luiz; BRINO, Rachel de Faria; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti Albuquerque. Concepções de sexualidade entre adolescentes com e sem histórico de violência sexual. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 34, ago. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000200011&lng=en&nrm=iso>. acessos em 20 out. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2006000200011>.

SALIBA, Orlando et al . Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, jun. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300021&lng=en&nrm=iso>. acessos em 15 out. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000300021>.

SANTOS, Samara Silva dos; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 25, n. 4, dez. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400014&lng=en&nrm=iso>. acessos em 21 out. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400014>.

SERAFIM, Antonio de Pádua et al . Perfil psicológico e comportamental de agressores sexuais de crianças. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 36, n. 3, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000300004&lng=en&nrm=iso>. acessos em 12 out. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832009000300004>.

SCHERER, Edson Arthur; SCHERER, Zeyne Alves Pires. A criança maltratada: uma revisão da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, ago. 2000 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000400004&lng=en&nrm=iso>. acessos em 19 mar. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000400004>.

SILVA Carlos Roberto Lyra da; SILVA Roberto Carlos Lyra da; VIANA Dirce Laplaca. Brasil. Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde e Principais Legislações de Enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis Editora Ltda, 2009.

VIODRES INOUE, Sílvia Regina; RISTUM, Marilena. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 25, n. 1, mar. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000100002&lng=en&nrm=iso>. acessos em 18 out. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000100002>.

WOISKI, Ruth Oliveira Santos; ROCHA, Daniele Laís Brandalize. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, mar. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100021&lng=en&nrm=iso>. acessos em 27 mar. 2011.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000100021>.

RESUMOS EXPANDIDOS

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA

Carla Caroline Bomfim, Fernanda de Lara Demetrio, Patricia Amorim Liberatto

Este trabalho trata-se de um estudo de caso, realizado em um Hospital Escola de Curitiba (PR), com a paciente V.C.G, 19 anos, natural de Ponta Grossa/PR, não trabalha, tem ensino médio completo, solteira, evangélica, mora com a família em uma casa própria, nunca fumou, nunca bebeu, nem usou drogas e desconhece qualquer tipo de alergia. Relata aumento de apetite, deglutição e mastigação sem alterações, e pequena perda de peso nos últimos seis meses. Internada há 30 dias por Infecção no Trato Urinário. Permanece em quarto de isolamento por contato, pois está com a bactéria *Enterococcus* resistente a vancomicina, ((VRE) – bactéria que habita o trato gastrointestinal e o trato genital feminino). Urina apenas com Sondagem Vesical de Alívio (SVA), de quatro em quatro horas, devido à pielonefrite direita, (infecção bacteriana do trato urinário alto (rins e pelve renal)).

Defeca apenas com auxílio de dieta especial e laxante (supositório), que é administrado de dois em dois dias. Mantém cefaléia (dor de cabeça) frontal a esquerda com localização periocular (ao redor do olho), apresenta irritabilidade e apatia, relata padrão de sono e repouso preservado. Deambula apenas com andador e faz fisioterapia motora e respiratória duas vezes ao dia (manhã e tarde).

Faz uso das medicações, Puran (para reposição ou suplementação hormonal), Novalgina (analgésico e antitérmico), Plamet (para Doença do Refluxo Gastro-esofágico (DRGE), Gastroparesia (atraso do esvaziamento do estômago) e Náuseas e vômitos), Omeprazol (para tratamento de úlcera gástrica e duodenal) e Zyvox (para tratamento de infecções presumidas ou comprovadamente causadas por bactérias sensíveis).

A justificativa clínica apontou desencadeamento de surto com tetraparesia (incapacidade parcial de realizar movimentos voluntários com todos os membros), realizou tratamento por 14 dias com Rocefin (para Infecções intra-abdominais, ósseas, articulares, de tecidos moles, pele e feridas, infecções em pacientes imunocomprometidos, do trato urinário, respiratório, genital e infecções pré-operatórias), apresentando melhora do quadro de tetraparesia. Apresentou urocultura com crescimento. (exame de cultura de urina demonstrando crescimento bacteriano).

Encontra-se emagrecida, com IMC (Índice de Massa Corporal) 17,9 Kg/m², o que corresponde há baixo peso e leve depleção de massa magra e gordura subcutânea, com risco nutricional.

Ao exame físico, apresenta sinais vitais estáveis com a PA: 120 x 80 mmHg; FC: 87 bpm; FR: 18 rpm e T: 36,8 °C. Os exames da cabeça, pescoço, tórax, abdome e pele,

encontram-se sem alterações. Já o exame do sistema locomotor, encontra-se alterado, com mobilidade e marcha prejudicados. O exame da genitália também encontra-se alterado, devido ao edema de vulva e meato urinário, com secreção presente.

Apresenta história progressiva de Esclerose Múltipla, que iniciou há cinco anos e Neurite Óptica à esquerda com perda visual. (A Neurite Óptica é uma inflamação desmielinizante do nervo óptico, que pode estar associada ou não a doenças sistêmicas, sendo a Esclerose Múltipla (EM) a mais comum. Ocasionalmente, a NO pode sobrevir de um processo infeccioso da órbita, dos seios paranasais ou no curso de uma virose).

OBJETIVO:

O objetivo desse trabalho é descrever a Esclerose Múltipla e sua associação com outras comorbidades.

METODOLOGIA:

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. A coleta de dados foi realizada no Hospital da Cruz Vermelha, em Curitiba/PR, em novembro de 2011.

Os dados foram coletados durante a internação da paciente, por meio de uma entrevista semi-estruturada guiada por um roteiro padronizado (Investigação Admissional de Enfermagem – Anamnese).

ESCLEROSE MULTIPLA:

A Esclerose Múltipla é uma doença desmielinizante autoimune caracterizada por episódios distintos de deficiências neurológicas. Ela é o mais comum dos distúrbios demielinizantes.

A doença se torna clinicamente aparente em qualquer idade, embora o início da infância ou depois dos 50 anos de idade seja relativamente raro. As mulheres são duas vezes mais comprometidas que os homens. Na maioria dos pacientes com EM, a evolução clínica da doença se dá com episódios de regravamentos e remissões de deficiências neurológicas durante variáveis intervalos de tempo (semanas, meses ou anos), seguidos por recuperação parcial e gradual da função neurológica. A frequência dos regravamentos tende a diminuir durante a passagem do tempo, porém há uma deterioração neurológica progressiva na maioria dos pacientes.

Patogênese: As lesões da EM são causadas por uma resposta imune celular que é inapropriadamente dirigida contra os componentes da bainha de mielina. A possibilidade do desenvolvimento deste processo auto-imune é influenciada pela genética e por fatores ambientais. O risco de desenvolver EM é 15 vezes mais alto quando a doença está presente em um parente do primeiro grau e até mesmo em uma ordem maior de magnitude para gêmeos homozigóticos (geneticamente idênticos).

Características Clínicas: Embora as lesões da EM possam ocorrer em qualquer lugar do Sistema Nervoso Central (SNC), e como consequência, possam induzir uma ampla gama de

manifestações clínicas, certos padrões de sintomas e sinais neurológicos são comumente observados. O comprometimento visual unilateral com evolução de alguns dias, causado por comprometimento do nervo óptico (neurite óptica, neurite retrobulbar), é uma manifestação inicial frequente da EM. O comprometimento do tronco cerebral produz sinais dos nervos cranianos, ataxia (falta de coordenação dos movimentos), nistagmo (movimentos oculares oscilatórios), e oftalmoplegia internuclear (fraqueza ou paralisia de um ou mais dos músculos que controlam os movimentos oculares), pela interrupção das fibras do fascículo longitudinal medial. As lesões medulares originam comprometimento motor e sensitivo do tronco e dos membros, espasticidade (aumento do tônus muscular) e dificuldades com o controle voluntário da função da bexiga.

O exame do líquido cefalorraquidiano (LCR), nos pacientes com EM mostra uma leve elevação do nível de proteína e, em um terço dos casos, há uma moderada pleocitose (aumento do número de leucócitos). A proporção de gamaglobulina está aumentada, e a maioria dos pacientes com EM mostram bandas oligoclonais (As bandas oligoclonais resultam de níveis elevados de imunoglobulina G e proteína básica da mielina (produto da desmielinização) e está presente em mais de 85% dos casos de EM). Este aumento na imunoglobulina no LCR é o resultado da proliferação de células B no sistema nervoso; os epítomos-alvos destes anticorpos são amplamente variáveis. (Epítomos são porções de antígeno que reúnem aspectos físicos e químicos para o reconhecimento das regiões específicas dos anticorpos).

INFECÇÃO NO TRATO URINÁRIO:

A infecção no trato urinário é de ocorrência muito comum, com elevada incidência em mulheres de todas as idades e, no homem, após os 50 anos.

A infecção pode apresentar-se sob diversas formas, localizações e modos de evolução.

O termo pielonefrite aguda indica infecção bacteriana do trato urinário alto (rins e pelve renal), ocasionando síndrome clínica caracterizada por febre alta de aparecimento súbito, calafrios e dor no flanco. O termo pielonefrite crônica é utilizado para caracterizar ataques recorrentes de infecção, geralmente associados a decréscimos da função renal.

As infecções do trato urinário baixo (cistite, uretrite, prostatite) caracterizam-se por disúria (dificuldade para urinar), polaciúria (aumento da frequência do ato de urinar), e urgência para urinar. Cistite e pielonefrite aguda podem ocorrer conjuntamente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- Baixo peso;
- Caminhar comprometido;
- Defecação comprometida;
- Infecção;

- Micção comprometida e Retenção urinária;
- Mobilidade comprometida;
- Risco para déficit nutricional.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

- Manter em isolamento de contato;
- Manter cabeceira elevada a 30°;
- Manter acompanhante 24 horas;
- Realizar cateterismo vesical de alívio de 4 em 4 horas;
- Encaminhar para banho;
- Aferir sinais vitais de 6 em 6 horas;
- Sentar na poltrona;
- Salinizar acesso venoso após a medicação;
- Revisar acesso venoso.

CONCLUSÃO:

Com este trabalho concluiu-se que a esclerose múltipla continua a ser um dos mistérios da medicina, não é evitável ou curável, embora já existam medicamentos que modificam de forma benéfica a sua evolução. Portanto, a assistência de enfermagem tem como papel principal proporcionar cuidado ao portador da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ROBINS e CORTAN. Patologia – Bases Patológicas da classificação das doenças. 7° ed. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier, 2005. 1448 a 1450 p.

CIPE versão 2 – (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). 2° ed. São Paulo (SP): Algor Editora Ltda, 2011. 171p.

A ENFERMAGEM E O CUIDADO DA CRIANÇA COM FIMOSE: RELATO DE CASO

Daisy de Oliveira¹, Deise Maria N. Biscouto¹, Sandra P. doS Santos¹, M^a Elisa B. do Nascimento²

Palavras chave: Fimose infantil, cuidados de enfermagem, condutas clínicas.

O estudo aborda os cuidados e condutas frente à fimose infantil, caracterizada como incapacidade de retração do prepúcio sobre a glande, constituindo um problema comum nesta população, tornando-se motivo frequente de consulta no Pediatra. De acordo com Santos e Cols (2011), a fimose primária está presente em cerca de 96% dos recém nascidos e tende a regressão espontânea até os 3 anos, seu principal tratamento sempre foi o cirúrgico, no entanto, hoje é disponibilizado no mercado medicamentos a base de corticóide de uso tópico, que apresentam resultados positivos. Diagnóstico precoce e adequado monitoramento contribui para as práticas de higiene correta, eliminando secreções acumuladas por baixo do manto de pele, as quais propiciam o desenvolvimento de alterações infecciosas e prejudicam a micção, podendo incorrer em alterações obstrutivas no aparelho urinário em longo prazo. O planejamento do cuidado implementado na assistência de enfermagem constitui um meio para o enfermeiro aplicar conhecimentos técnico-científicos, avaliando as crianças e orientando os pais sobre a função do prepúcio, fisiopatologia da fimose não fisiológica, visando o cuidado adequado à criança. Neste enfoque, a avaliação de saúde da criança através da consulta de enfermagem realizada para acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento na infância em escolas e creches, contribui para práticas preventivas seguras nos meninos com fimose, esclarecendo os pais sobre cuidados de higiene durante o banho e troca de fraldas, bem como as dúvidas sobre a idade indicada para possível intervenção cirúrgica. Assim, o estudo pretende responder quais as condutas e cuidados necessários frente o achado de fimose infantil? Por meio dos seguintes **objetivos**: elaborar diagnósticos de enfermagem baseados na CIPE versão 1 e orientar os cuidados e condutas disponíveis para meninos com quadro de fimose aos pais e educadores no contexto da creche. **Métodos**: Estudo de caso envolvendo um menino de 4 anos e meio, sexo masculino, atendido em Creche filantrópica, na Cidade de Curitiba-PR, realizado em setembro de 2011. A escolha do caso envolveu um processo de autorização prévio dos pais para avaliação de saúde, aproximação da criança durante as práticas em sala de aula, investigação da carteira de vacinas e avaliação física no ambulatório. Como instrumentos de coleta de dados utilizamos formulário padronizado para avaliação física o qual busca evidenciar os seguintes dados: dados de identificação (sexo, idade), dados da carteira de vacinas (esquema vacinal, registros graficos pondero estatural), avaliação física (sinais vitais, peso, altura, medidas perimetro cefálico e torácico, exame físico). A análise dos dados foi elaborada após descrição do caso, levantamento de problemas de

saúde e elaboração dos diagnósticos de enfermagem baseados na CIPE versão 1. Neste estudo utilizou-se apenas os eixos do foco e julgamento. Seguida de uma revisão do tema na literatura. **Resultados e discussão:** Na avaliação do desenvolvimento físico observou-se sinais vitais estáveis, medidas de PC e PT sem anormalidades, exame físico evidencia de higiene insatisfatória na região da genitália, devido a dificuldade de retração da glândula sobre o pênis, demonstrando quadro de fimose. Ainda, relação peso/idade na representação gráfica acima de P 97, compatível com curva de sobrepeso registrada na carteira de vacinas fornecida pela rede básica de saúde seguida de esquema vacinal incompleto. Frente aos achados elaboraram-se os seguintes diagnósticos de enfermagem: risco (eixo do julgamento abrangência em estado) nutricional (eixo do foco com abrangência em estado), esquema Vacinal (eixo foco com abrangência em processo) incompleto (eixo julgamento com abrangência em estado), Risco (eixo julgamento com abrangência em estado) para infecção urinária (eixo foco com abrangência em estado) e autocuidado (foco com abrangência em processo) comprometido (julgamento com abrangência em julgamento negativo) relacionado à higiene da genitália devido à presença de fimose. Frente a tendência a obesidade infantil associado ao diagnóstico risco nutricional seguido do esquema vacinal incompleto, sugeriu-se acompanhamento nutricional e avaliação periódica no ambulatório de enfermagem da creche como parte do processo de monitoramento da saúde desse menino, bem como atenção ao esquema vacinal. Para responder aos diagnósticos de autocuidado comprometido e risco de infecção mediante a precária possibilidade de higienização da genitália masculina procedeu-se uma imersão na literatura especializada como subsídio para definir as condutas e prescrições de cuidado frente estes achados. Nesta ótica, estudo de Murahovschi (2003) observa que a finalidade do prepúcio aderido à glândula oferece proteção, contra o atrito causado pelas fraldas e roupas nos primeiros três a quatro anos de vida a qual deverá naturalmente desfazer-se à medida que o pênis cresce. No entanto, quando o anel formado pela glândula manifestar-se muito estreito sobrevém uma condição favorável a eventos infecciosos decorrentes do acúmulo de secreções e higienização deficiente facilitando a instalação de bactérias, vírus e fungos. Seguido de desconforto e odor desagradável podendo apresentar inflamações da glândula, a balanite, ereções dolorosas, hematúria, jato urinário fraco, infecções urinárias de repetição, doenças venéreas e até mesmo o câncer de pênis. As causas são definidas por Leite (1999) como aquelas associadas a quadros de infecção decorrentes de assaduras freqüentes levando a postites e cicatrizes que retraem a pele, e também pela massagem feita pelos pais que confundem o acolamento normal do prepúcio com fimose resultando em microtraumatismos que ao cicatrizarem estreitam o anel, formando a parafimose. Estas podem apresentar-se de dois tipos: congênita verdadeira ou adquirida, esta última quando conseqüente de agressões ao prepúcio imaturo produzindo fissuras e lacerações que quando cicatrizadas conduzem à contratura fibrosa. Quanto ao tratamento, postectomia, ato cirúrgico para correção da fimose, é um procedimento efetuado sob anestesia geral nas crianças, com duração média de trinta minutos e relato de complicações raras no pós-operatório, como hematomas, e excepcionalmente, infecções, tendo como vantagens permitir a higiene adequada e diminuir

complicações como infecções urinárias entre outros. Outra alternativa, é o uso tópico de pomadas derivados da cortisona descrita por Esposito e cols (2008) e Zampieri e cols (2007), agindo como antiinflamatórios e dissolvendo as traves fibrosas ricas em proteínas que ligam a pele do prepúcio ao pênis, facilitando sua liberação, e com indicação em meninos que completam um ano de idade sem liberação espontânea do prepúcio, ou em casos de infecções de repetição dessa pele. **Considerações Finais:** O estudo possibilitou capacitar os enfermeiros a atuar na prevenção primária de patologias como a fimose infantil, através da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança nos espaços escolares, objetivando a orientação aos pais em relação à fisiopatologia, tanto na condição natural da retração do prepúcio na primeira infância quanto na importância de não realizarem massagens para expor a glândula que acarretará em problemas futuros mais graves. Assim, as orientações requeridas a partir da investigação e identificação dos diagnósticos de enfermagem se fazem presentes tanto em relação aos cuidados de higiene durante o banho e troca de fraldas quanto no esclarecimento de dúvidas sobre a idade indicada para possível intervenção cirúrgica, as vantagens e desvantagens e o conhecimento das opções de tratamento.

Referências Bibliográficas:

Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE Versão 1 Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. Tradução de Heimar de Fátima Marin. São Paulo: Angol Editora, 2007.

ESPOSITO, C.; CENTONZE, A. ; ALICCHIO, F.; SAVANELLI, A.; SETTIMJ, A. Topical Steroid application versus circumcision in pediatric patients with phimosis: a prospective randomized placebo controlled clinical Trial. World J Urol, 2008; Apr; 26 (2): 187 – 90.

LACERDA, D. C.; MARANHÃO, D. G. Controvérsias sobre a circuncisão e implicações para assistência de enfermagem. Revista de Enfermagem UNISA, 2004; 5:62-5.

LEITE, C. S. e Colaboradores. Diagnóstico cirúrgico para o pediatra. São Paulo: Editora Revinter, 1999.

MURAHOVSKI, J. Pediatria: Diagnóstica e Tratamento. 6ª ed. São Paulo: Sarvier, 2003.

SANTOS P., TEIXEIRA H., LOPES H., SANTOS J.A. Corticóides Tópicos no tratamento da fimose primária em idade pediátrica: revisão baseada na evidencia. Rev. Port. Clin Geral, 2011; 27:296-300.

ZAMPIERI N.; CORRPOLO M; ZUIN V; BIANCHI S; CAMOGLIO F.S. Phimosis and topical steroids: new clinical findings. Pediatr Surg Int, 2007; Apr 23 (4): 331-5.

A IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO RÁPIDA DO BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR DE 1ºGRAU: UM ESTUDO DE CASO.

Francisca Rafaela Pereira de Amorim¹, Marcela Pâmela Soares de Lima¹, Adriano Yoshio Shimbo

Introdução: Os bloqueios atrioventriculares são classificados de acordo com o nível de bloqueio no sistema de condução. O bloqueio atrioventricular de primeiro grau se caracteriza por um intervalo P-R maior do que 0,20 segundos, sendo que todos os impulsos são conduzidos; sua presença não requer tratamento específico.

As principais causas dos bloqueios atrioventriculares (BAV) são: doenças de Lenègre, doença de Lev, IAM, doença de Chagas, colagenases e endocardites. Os bloqueios podem ser proximais (ou supra-hissianos) ou distais (ou intra/infra-hissianos). No primeiro, o bloqueio está no nó AV e, no segundo, o bloqueio está no feixe de Hiss (intra-hissiano) ou abaixo dele (infra-hissiano). Para ajudar a diferenciá-los, temos que analisar o complexo QRS. Se o QRS for normal, o bloqueio é supra-hissiano ou intra-hissiano (não pode ser infra-hissiano). Se o complexo QRS for alargado, o bloqueio deve ser infra-hissiano.

Os sintomas mais comuns são síncope, tonturas, palpitações. Podem ser assintomáticos, especialmente em bloqueio congênito. Deve-se avaliar o caráter reversível (bloqueio por isquemia, uso de medicamentos ativos sobre a condução cardíaca) ou irreversível do bloqueio. O quadro mais freqüente é a tontura, de diagnóstico difícil, especialmente em idosos, podendo ser confundida com vestibulopatia.

Os bloqueios supra-hissianos são geralmente benignos. Os infra-hissianos são de pior prognóstico e não melhoram ou pioram com atropina.

Os BAV de 1º grau e de 2º grau Mobitz I são geralmente supra-hissianos, portanto são benignos e respondem bem a atropina.

Os bloqueios AV podem ser de 1º, 2º ou de 3º graus. Os dois primeiros são chamados de incompletos e o último, de completo.

Bloqueio AV de 1º Grau

Nesse grau de bloqueio, todos os estímulos atriais conseguem despolarizar os ventrículos com algum retardo, havendo apenas um aumento do intervalo PR, além do normal, considerando-se a idade e a freqüência cardíaca. É devido, em 90% dos casos, ao prolongamento do tempo nodal AV da condução atrioventricular. De modo geral, considera-se haver bloqueio AV de 1º grau quando o intervalo PR é fixo e igual ou superior a 0,21 segundo

Bloqueio AV de 2º Grau

Nesse grau de bloqueio, nem todos os estímulos atriais conseguem despolarizar os ventrículos. Há quatro variedades desse tipo de dificuldade de condução:

Bloqueio AV de 2º Grau Tipo Wenckebach ou Mobitz I

É caracterizado por intervalos PR progressivamente mais longo, até que surge uma onda P

não seguida de QRS. O intervalo PR seguinte é novamente mais curto e os subseqüentes vão aumentando progressivamente até surgir nova onda P não seguida de QRS. O conjunto de ciclos com prolongamento dos intervalos PR, até a perda da resposta ventricular, é chamado de período de Wenckebach (Fig. 29-2). Esse fenômeno é devido, em 75% dos casos, à condução decrescente na região nodal atrioventricular. Quando o primeiro batimento do ciclo de Wenckebach já apresenta PR aumentado, dizemos que há bloqueio AV de 1º grau associado a bloqueio AV de 2º grau.

Bloqueio AV do 2º Grau Tipo Mobitz II

Nessa eventualidade, observamos, vez por outra, uma onda P não seguida de complexo QRS. Contudo, os intervalos PR nos batimentos conduzidos são fixos.

Bloqueio AV do 2º Grau Tipo 2:1

É um tipo particular de bloqueio, com padrão fixo de resposta AV tipo 2:1; isto é, ao eletrocardiograma observa-se a presença de duas ondas P para um QRS.

Os intervalos PR dos batimentos conduzidos não mostram variações, podendo ser normais ou prolongados. Quando prolongados, temos a associação de bloqueios AV de 1º e 2º graus, esse tipo 2:1. Os bloqueios AV tipo 2:1 são, na metade dos casos, pré-hissianos, e na outra metade ocorrem no tecido periférico.

Bloqueio AV do 2º Grau, Avançado

É assim chamado o bloqueio AV em que a condução atrioventricular ocorre em uma proporção inferior a 50%. Teremos então padrões de condução tipo 3:1, 4:1 5:1 etc. (o numerador indica o número de ondas P e o denominador, o número de complexos (QRS)).

No bloqueio AV avançado, os batimentos conduzidos podem ter intervalos PR normais ou aumentados, podendo haver discretas variações nesses tempos de condução.

A morfologia de todo o traçado é de um bloqueio AV de 3º grau, mas a presença de momentos de enlace AV faz o diagnóstico de bloqueio AV avançado. Essa condição é mais freqüentemente observada nos bloqueios das regiões hissiana e pós-hissiana.

Bloqueio AV de 3º Grau

Nessa eventualidade, não existe condução de estímulo entre átrios e ventrículos. Assim, nenhum estímulo originário dos átrios consegue despolarizar os ventrículos. É necessário então que os ventrículos sejam despolarizados por um marca-passo situado abaixo da zona bloqueada. Os dois marca-passos, o supraventricular e o ventricular, funcionam de forma independente, existindo assim ausência de enlace AV. As ondas P são em número bem maior que o de complexos QRS, sem qualquer relação entre si. Em geral, as ondas P apresentam morfologia e freqüência normais, além de ritmo regular. Os complexos ventriculares podem ser de morfologia normal (quando o estímulo nasce no feixe de His antes de sua bifurcação, ou podem ser alargados e deformados com ondas T também anômalas, quando o estímulo nasce após a bifurcação do feixe de His.

O bloqueio AV de 3º grau pode coexistir com qualquer ritmo supraventricular. Se houver Fibrilação atrial, por exemplo, haverá a inscrição de ondas f e o ritmo ventricular será regular, com freqüência mais baixa. Também pode coexistir com flutter atrial.

Um estímulo supraventricular pode, eventualmente, despolarizar os ventrículos, caracterizando uma captura ventricular. Por isso, é preferível a denominação bloqueio AV de 3º grau em vez de bloqueio AV completo. Ocasionalmente, em alguns casos de bloqueio AV de 3º grau, pode haver uma onda P negativa logo após o QRS. É provável que esse fenômeno ocorra por condução retrógrada.

No bloqueio AV de 3º grau congênito, a zona de bloqueio está geralmente localizada na região pré-hissiana. Por isso, a frequência ventricular habitualmente é mais elevada do que nos ritmos idioventriculares e os complexos QRS não são alargados. No bloqueio AV de 3º grau adquirido (doença de Chagas, aterosclerose), a zona de bloqueio habitual é pós-hissiana; nesses casos, os complexos QRS freqüentemente são alargados e a frequência de despolarização dos mesmos é menor, inferior a 40 por minuto.

Objetivo: descrever a importância da identificação rápida do bloqueio atrioventricular.

Caso clínico: C.N, 72 anos, casado, católico, brasileiro, natural de Curitiba-PR. Chegou ao Pronto Atendimento, 18/10/2011 – 03h30minh, com formigamento nas mãos e mal estar (suava frio). Relatou, ter realizado cirurgia da próstata, relacionada a um câncer em 10 de janeiro de 2000. Histórico de problema cardíaco. O paciente tem 13 stents. Foi transferido para o local de internação, alguns exames. Ao exame físico o paciente apresentou-se normocorado, acianótico, pupilas isocóricas e foto reagentes. Tórax simétrico, ausculta pulmonar livre, murmúrio vesicular diminuído. Abdômen normotenso com RHA +. Pele íntegra. AVP em MSD. Eliminações fisiológicas presentes. Sinais Vitais: PA 115/66 mmHg; FC 62; T 34,7 °C; FR 53. Realizado ECG, que apresentou um Bloqueio Atrioventricular de 1º grau, que vem a ser um bloqueio a condução do estímulo, é dada de forma mais lenta no local do bloqueio, ou seja, há um retardo na condução do estímulo. A característica deste bloqueio é mostrado no ECG, no aumento do intervalo PR (> que 0,20 segundos) – Característica do bloqueio atrioventricular de 1º grau.



Diagnósticos

Ansiiedade, relacionado ao estado de saúde e ao ambiente, evidenciado pela agitação.

Dor aguda, relacionada ao bloqueio atrioventricular, evidenciado ao resultado de ECG.

Intervenções

Avaliar a dor, quanto a intensidade e localização.

Promover um ambiente silencioso e agradável.

Monitorar e documentar arritmias cardíacas.

Monitorar SSVV.

Monitorar estado cardiovascular.

Avaliar a eficácia da medicação administrada.

Realizar eletrocardiograma diário.

Considerações finais

Primeiro grau de bloqueio AV pode ser encontrado em adultos saudáveis, e sua incidência aumenta com a idade. Nos 20 anos de idade, o intervalo PR pode exceder 0.20 segundos em 0.5-2% de pessoas saudáveis. Na idade 60 anos, mais do que 5% de indivíduos saudáveis têm intervalos PR superior a 0.20 segundo.

O bloqueio AV de primeiro grau não requer tratamento específico, tem um prognóstico benigno. Pode evoluir para graus mais avançados de bloqueio, mas é incomum. Entretanto é de fundamental importância que a enfermagem seja dotada de conhecimentos e saiba identificar um bloqueio AV, para que assim, realize um acompanhamento contínuo.

Referências Bibliográficas

Susan L. Woods, Erika S. Sivarajan Frocliche, Sandra Adams. Revisão científica Angela Maria Geraldo Pierin. Barueri - SP. Manole. 2005.

Enfermagem em Cardiologia.

CIPE versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0/ Comitê Internacional de Enfermeiros. São Paulo: Algor Editora, 2011.

A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AS DIFICULDADES DO PORTADOR DE ALZHEIMER

**Wadma Andréia Nunes
Andreisy Gisely Mendes
Margarete Fleiter**

RESUMO

Com o aumento da população idosa a base da pirâmide etária brasileira está cada vez mais estreita, ou seja, a população do país envelhece e com isso surgem também doenças crônico-degenerativas como Alzheimer. Esta doença representa a primeira causa de demência no idoso, apresentando uma fonte importante de invalidez onde acarretara problemas não só para pacientes, mas também para as pessoas que cuidam destes (familiares ou não), o idoso que já é vítima de inúmeros preconceitos estabelecidos pela sociedade sofre ainda mais, pois um dos principais sintomas da doença é se esquecer dos fatos e das pessoas que fazem ou fizeram parte da sua vida, assim, o idoso torna-se vulnerável a humilhações e maus tratos. Doença de Alzheimer é uma doença progressiva, de causa e tratamento ainda desconhecido pode se manifestar a partir dos quarenta anos de idades, sendo que a partir dos sessenta anos sua incidência é maior. Foi descrita pela primeira vez pelo médico alemão Alois Alzheimer, neurologista, que revelou que a toda demência: 15 a 20% são devidas a multi-infartos cerebrais, relacionados com a aterosclerose: 20% são mistas; 10 a 20% são demência tratáveis¹. Os dez sintomas mais comuns que aparecem nos indivíduos com Doença de Alzheimer são: Perda de memória, dificuldade para realizar atividades rotineiras, esquecimentos, poder de julgamento e raciocínio abaixo do normal, problemas com pensamento abstrato, errar o lugar das coisas, mudanças de humor e comportamento, transformações de personalidade, perda de iniciativa nas atividades e problemas com a linguagem.

O grau de comprometimento varia de paciente para paciente, de acordo com o tempo e evolução da doença². A assistência de enfermagem junto ao idoso é centrada na educação para a saúde, no cuidar com base no conhecimento do processo do envelhecimento (senescência) e senilidade e no retorno da capacidade funcional. As ações são direcionadas para um processo de reabilitação que vise ao auto cuidado. É fundamental nesse processo a ação conjunta dos profissionais seus familiares no apoio a decisões dos tratamentos de cuidado de saúde oferecidos. A Enfermagem busca maneiras opcionais de cuidar do paciente com Alzheimer, acompanhando os estágios da doença e trabalhando de maneira terapêutica o déficit causado pela doença, poderá atuar sustentando a função cognitiva, promovendo a segurança física, reduzindo a ansiedade e agitação, melhorando a comunicação, promovendo a independência nas atividades de autocuidado, atendendo as necessidades de socialização e intimidades, promovendo a nutrição adequada, promovendo a atividade e o repouso balanceados e apoiando os cuidados domiciliar e comunitário. Este trabalho é eficaz quando o

acompanhamento se estabelece no hospital junto com uma equipe multidisciplinar, onde a Enfermagem tem maior relevância pelo fato da função primária do cuidar³. O portador de Doença de Alzheimer deverá ser atendido por uma equipe multiprofissional, sendo que o enfermeiro e sua equipe têm importante significado na comunicação e possui uma proximidade maior com o paciente tanto no cuidado como nas intervenções e orientações. Interessante perceber que a Enfermagem Gerontologia destaca-se num processo específico baseado na compreensão de parâmetros físicos, emocionais e de ordem social, pelo qual a atuação da equipe interdisciplinar desmistifica o papel de cada profissional e deixa claras as especificidades de suas funções. É um processo que corre fundamentalmente de forma educativa para todas as partes, em direção à clientela idosa. Dessa forma, a avaliação funcional do idoso faz parte do cuidado de enfermagem, com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio com os quais possa contar. A Enfermagem inserida numa equipe interdisciplinar deve assistir de maneira individualizada, levando em consideração as suas limitações físicas, psíquicas e ambientais⁴. A Política Nacional do Idoso, descrita na Lei 8.842/94, foi onde pela primeira vez se observou efetivamente contemplados os direitos dos idosos de uma maneira mais ampla, buscou envolver todos os segmentos das esferas federal, estadual e municipal com vistas a garantir o bem-estar físico, emocional e social dos idosos em todo o território nacional. Por tratar-se de um programa de ações governamentais, requeria que cada ministério (Previdência e Assistência Social, Cultura, Educação e Desportos, Justiça, Saúde, Trabalho e Planejamento) que dela participasse traçasse um plano para operacionalizar suas ações. Uma das consequências da operacionalização supracitada na área da saúde foi a criação da Política Nacional de Saúde do Idoso, regulamentada através da Portaria no 1.395, de dezembro de 1999. O objetivo central dessa política é a promoção do envelhecimento saudável, a preservação e/ou a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação daqueles que apresentam alguma restrição de sua capacidade funcional. Segundo o artigo 18: "as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento as necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores e familiares e grupos de auto-ajuda". A capacitação do pessoal de saúde é imprescindível para o atendimento adequado ao idoso. Assim, torna-se necessário voltar a atenção na academia para a formação e capacitação de recursos humanos de Enfermagem, com vistas ao atendimento do fenômeno do envelhecimento (Gerontologia) e processo saúde-doença dos idosos (Geriatría). A Enfermagem tem uma significativa importância no cuidado do cliente com Alzheimer, com isso pode-se levantar diagnósticos e problemas relacionados ao processo saúde doença. Cuidar de um cliente portadora de Doença de Alzheimer pode ser difícil em alguns momentos. Requer principalmente atenção, solidariedade e tudo que estas duas palavras englobam: paciência, dedicação e, sobretudo, uma assistência que merece a divisão de tarefas entre os familiares, visto que os cuidados exigem atenção, gerando grande desgaste físico e emocional para aqueles que lidam diretamente com o portador⁵. Desta forma, o objetivo deste trabalho foi de analisar a dinâmica sobre a Doença Mal de Alzheimer devido ao aumento da incidência dos

números de casos e a falta de conhecimento dos profissionais de saúde em relação a doença, com a finalidade de proporcionar uma assistência de enfermagem sistemática. No contexto metodológico este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, que tem como finalidade conhecer, identificar e analisar de forma sistematizada a literatura selecionada. A Enfermagem tem importante papel relacionado ao conhecimento e organização interna do espaço hospitalar e intervenções reformista no ato de cuidar mas tem controle mínimo sobre o estilo de vida, a situação de vida e as práticas de saúde dos pacientes. Assim, a Enfermagem, de posse do conhecimento científico e treinamento de habilidades apropriadas na área da saúde do idoso, poderá fornecer tal apoio aos pacientes portadores de demência do tipo Alzheimer, que, dessa forma, serão capazes de manter níveis mais elevados da saúde percebida e real. Pôde-se concluir por este estudo que, apesar dos avanços tecnológicos e das intensas investigações e pesquisas científicas, a demência do tipo Alzheimer constitui-se ainda em uma demência de entendimento complexo. Pôde-se concluir por este estudo que, apesar dos avanços tecnológicos e das intensas investigações e pesquisas científicas, a demência do tipo Alzheimer constitui-se ainda em uma demência de entendimento complexo. É considerada a epidemia do século XXI um importante problema de saúde pública. Verificou-se pelo estudo que a doença passa por fases caracterizadas por alterações e déficits profundos, gerando ao idoso portador angústia, tristeza, depressão e dependência total. Todos esses transtornos provocam grande sofrimento ao idoso, seus familiares e toda a equipe que presta os cuidados. Portanto, o processo de cuidar da saúde do paciente com demência do tipo Alzheimer implica numa relação dialogal interativa e contínua entre paciente, família, equipe multiprofissional, porque o cuidado desse paciente se situa em vários níveis e dimensões, envolvendo-o como um ser biopsicossocial e espiritual. Nesse sentido, é necessária uma mudança de mentalidade que dê a essa população um novo olhar, o qual conduza a um enfoque ativo, consciente da doença e de suas perspectivas terapêuticas estudo, além de propiciar uma reflexão sobre a evolução da complicação da doença, alertou para a importância da profissional enfermeira em aprofundar conhecimentos na especificidade da assistência à pessoa idosa, demenciada ou não, para melhor qualificar a sua atuação e conscientizar-se que a formação generalista é insipiente para esse tipo de cuidado. Há necessidade da formação em recursos humanos com conhecimento em gerontologia.

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde (2001). **Redes estaduais de atenção à saúde do idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Recuperado em 17 de abril de 2011 em http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0040_M.pdf

Alzheimer, disponível em: <<http://www.institutobemestar.com.br/neurologia/alzheimer.html>, acesso em 27/09/2011.

Assistência de Enfermagem ao paciente com Alzheimer, disponível em: <http://artigos.netsaber.com.br/resumoartigo_9281>, acesso em 03/10/2011.

Doença de Alzheimer - Cuidados de Enfermagem, disponível em: <<http://www.medicinageriatrica.com.br/2008/04/29/doenca-de-alzheimer-cuidados-de-enfermagem-parte-1/>>, acesso em 05/10/2011.

Lei nº 10741 de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso [online]. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ecivil_03/leis/2003/L10.741, acesso em 05/10/2011.

A VISIBILIDADE DO ENFERMEIRO NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA ATENDIDA NA CRECHE

Ana Paula Galeazzi¹, Maressa Talamini da Silva¹, M^a Elisa B. do Nascimento²

Palavras Chave: Desenvolvimento infantil, acompanhamento de enfermagem, cuidado da criança

Introdução: A aquisição gradual de habilidades na criança faz parte do seu processo natural de crescimento e desenvolvimento, o qual ocorre estágio após estágio. As primeiras aquisições motoras são modificadas, elaboradas e adaptadas para padrões de desenvolvimento mais finos e seletivos, sendo este desenvolvimento um processo de mudanças no comportamento motor, o qual está relacionado com a idade da criança. De acordo com Frota et al (2011), o desenvolvimento infantil resulta da interação entre fatores genéticos, biológicos e ambientais. Assim, as intervenções realizadas no ambiente escolar e domiciliar da criança podem definir como ela será durante toda a vida, e algumas falhas durante seu crescimento e desenvolvimento na fase pré-escolar podem afetar o desempenho escolar e as oportunidades futuras. Entretanto, Torquato et al (2011), afirma que há maior vulnerabilidade biológica em lactentes que tiveram condições desfavoráveis ao nascimento e continuam sofrendo adversidades ao longo do primeiro ano de vida, podendo incorrer em importantes mudanças no seu sistema nervoso central, pois este está em constante transformação e combinação entre fatores genéticos e ambientais determinando o desenvolvimento. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento humano na infância possibilita um antever problemas contribuindo para o alcance da vida adulta de forma saudável. Para este monitoramento, a puericultura, vista no passado como um conjunto de técnicas e noções de nutrição, higiene e orientações transmitidas de mães para filhos, passa a introduzir medidas preventivas e formar um caráter científico, por meio da supervisão de saúde, deixando de ser estritamente médica, porém desenvolvida como processo multiprofissional, em parceria com a família. (FROTA et al,2011). Neste enfoque, destaca-se o papel do enfermeiro que atua em creches e escolas como um dos profissionais com possibilidades reais para atuar na prevenção e promoção de saúde infantil. Para isso, este profissional acompanha a criança sadia desde o início e compreende as necessidades, como monitorização do crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, percebendo-a no contexto familiar e ambiental, assegurando o desenvolvimento físico e mental. Frente ao exposto o estudo pretende responder se existem evidencias de anormalidades no desempenho e desenvolvimento da criança quando compara parâmetros sugeridos por Hockenberry e Wilson? E para tal tem como **objetivo** verificar os fatores associados no que se refere ao desempenho e desenvolvimento anormal de infante matriculado na creche. **Metodologia:** Trata-se de estudo de caso envolvendo uma criança do

sexo masculino de 34 meses, atendida em uma Creche filantrópica localizada em Curitiba-PR, no período de setembro de 2011, durante o estágio prático na disciplina de saúde da criança e do adolescente. O instrumento de coleta de dados foi desenvolvido baseado na definição Hockenberry e Wilson (2011), que preconiza as seguintes fases de desenvolvimento: lactente (de 1 mês a 12 meses); 1º infância da criança infante (acima de 12 meses a 3 anos) e pré escolar (de 3 anos a 5 anos). Considerando a faixa etária desta criança o instrumento buscou identificar aspectos do desenvolvimento físico, motor grosso, motor fino, linguagem e socialização. A coleta de dados deu-se a partir da observação e acompanhamento da criança nas práticas pedagógicas na creche e dados oriundos do formulário da avaliação física do mesmo. Para análise dos mesmos buscou-se confrontar os dados do estudo com literatura especializada. **Resultados e Discussão:** O interesse pelo estudo de caso desta criança, veio pelo fato de ela ser isolada das outras, preferir brincar sozinha. A partir daí, começou-se a observar a criança dentro da sala de aula, e no parquinho. Não foi possível fazer um exame físico completo, pois esta se apresentava insegura e com dificuldades de obter confiança. Sobre o desenvolvimento físico foram avaliados peso e altura, que neste caso era de 11,2 Kg e 88 cm respectivamente, bem como controle de esfíncter intestinal e vesical. A criança apresentava-se estes parâmetros de peso e altura alterados conforme o recomendado para idade que seria peso médio de 14,5 Kg e altura média de 95 cm e não apresentava controle de esfíncter, usava fraldas, neste caso a literatura afirma que pode ser conseguido controle intestinal e vesical noturno. (HOCKENBERRY E WILSON, 2011). O desenvolvimento motor grosso observou-se que necessitava de auxílio para subir e descer escadas, não corria, não aprendeu a pular sem perder o equilíbrio, porém dançava ao som da música. No desenvolvimento motor fino não consegue montar blocos em torre, não imita traços verticais e circulares, apenas rabiscos, no entanto, deveria erguer torres de oito blocos; colocar blocos de chaminé em um trem de blocos; boa coordenação mão-dedo; segurar o lápis de cera com os dedos em vez de com a mão fechada; ao desenhar, imitar traços verticais e horizontais; fazer dois ou mais traços para desenhar uma cruz; desenhar círculos. Sobre o desenvolvimento da linguagem, o mesmo apresenta vocabulário de em média 30 palavras, sendo o recomendado de 900 palavras nesta fase, não utiliza frases de duas ou três palavras, o que seria esperado nesta idade, entende ordens direcionadas, não consegue lembrar e imitar sequências como ações e gestos não verbais. Neste enfoque, deveria apontar um objeto comum, como um sapato ou uma bola, e para duas ou três partes do corpo; formar uma combinação de palavras; formar combinações de gestos e palavras (aponta quando diz o nome); falar o nome e sobrenome; referir-se a si mesmo pelo pronome correto; usar plurais; dizer o nome de uma cor. Por último a socialização não consegue participar de atividades direcionadas, puxa as pessoas para mostrar o que quer ou aponta, não desenvolve brincadeira paralela e associativa com jogos simples, senso de atenção diminuído e não se veste praticamente sozinho. **Considerações finais:** As evidências encontradas no estudo apontam achados no desenvolvimento esperado para idade de 36 meses alterado nos aspectos avaliados. Caso fosse obter uma classificação de acordo com os parâmetros de Hockenberry e Wilson (2011),

poderia ser aproximado ao desenvolvimento de criança com 18 meses, possuindo ainda atrasos importantes na linguagem. O estudo fortalece a busca por incentivar a prática da enfermagem nestes espaços de cuidado no intuito de contribuir na prevenção e promoção da saúde infantil.

Referencias:

FROTA, M.A.; BEZERRA J.A.; FERRER, M.L.S.; MARTINS, M.C.; SILVEIRA, V.G. **Percepção materna em relação ao cuidado e desenvolvimento**. Revista Brasileira de Pediatria Social, Fortaleza, n.24, v.3, p. 245-250, jul/set, 2011.

HOCKENBERRY M. J.; WILSON, D. **Wong**: fundamentos de enfermagem pediátrica. Tradução Maria Inês Correia Nascimento. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

TORQUATO, J.A et al. **Prevalência de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor em pré escolares**. Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano, n.21, v.2, p. 259-268, 2011.

ASPECTOS DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL SOB O OLHAR DO ENFERMEIRO

Jessica Mahalem, Nathalia Pampuch Besbati, M^a Elisa B, do Nascimento.

Palavras chave: Desenvolvimento infantil, avaliação de enfermagem, creche.

Introdução: O desenvolvimento infantil é um processo que se inicia desde a vida intra uterina e envolve múltiplas aquisições, tais como o crescimento físico, a maturação neurológica e a construção de habilidades relacionadas ao comportamento, habilidades cognitivas, sociais e afetivas, possibilitando a criança responder suas próprias necessidades e as do meio. Nesta trajetória, Veleda e Cols (2011), lembram que o desenvolvimento é resultado da interação de diversas características biológicas da criança e seus fatores culturais e sociais, podendo sofrer variações decorrentes de outros fatores e também individuais. Entretanto, Maria Mengel & Linhares (2007), lembram que muitos fatores biológicos e ambientais podem intervir neste desenvolvimento causando danos à criança. Tais considerações sugerem que a aplicação da triagem do desenvolvimento infantil através de medidas, atentar para as preocupações dos pais sobre seus filhos, bem como obter uma história relevante sobre o desenvolvimento, realizar observações precisas, informativas da criança, compartilhar opiniões e interesses sobre a criança com outros profissionais, contribuem para o desenvolvimento saudável destas crianças. Assim o papel do profissional enfermeiro, que atua nos espaços escolares e creches, é praticar a vigilância do desenvolvimento de todas as crianças, identificar problemas de saúde e encaminhá-los oportunamente a tratamento quando indicado, bem como atuar na linha de frente orientando e tranquilizando pais e educadores. Diante desse contexto e com a finalidade de aproximar este profissional dos espaços de cuidado na pediatria social, o estudo sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil pretende responder a seguinte questão: Como detectar se o crescimento e desenvolvimento infantil seguem seu curso natural? Através do seguinte **objetivo:** Identificar aspectos de avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de cinco anos acompanhadas na creche. **Metodologia:** Estudo do tipo análise documental, retrospectivo, desenvolvido na Creche AMA, localizada no campus da Universidade Positivo, Curitiba-PR, que atende de zero a cinco anos. Os documentos analisados neste estudo são oriundos do banco de dados relacionado à avaliação em saúde, realizada pelo corpo de acadêmicos de enfermagem desta universidade, durante a prática de estágio na disciplina de saúde da criança e do adolescente, abrangendo os meses de agosto a outubro de 2011. As variáveis utilizadas foram compostas de: dados de identificação da criança (idade, sexo), peso, altura, avaliação do desenvolvimento motor grosso, motor fino, vocalização/linguagem, social cognitivo seguido da identificação do levantamento de problemas na avaliação realizada. A análise dos dados definiu-se após agrupamento das variáveis em planilha de Excel (tabela) e cruzamento com literatura especializada na área.

Resultados e discussão:

Tabela – Desenvolvimento físico da criança de 0 a 48 meses na Creche AMA.

CRIANÇA	IDADE	SEXO	PESO	ESTATURA
1	17 meses	F	9,3 Kg	74 cm
2	48 meses	M	16 Kg	88 cm
3	36 meses	M	18,3 Kg	100 cm
4	32 meses	M	14,5 Kg	93 cm
5	18 meses	F	10,7 Kg	80 cm
6	43 meses	F	17,5 Kg	102 cm
7	47 meses	M	14,5 Kg	94 cm
8	48 meses	M	19,8 Kg	115 cm
9	11 meses	M	10,2 Kg	73 cm
10	14 meses	F	9,360 Kg	73 cm

Fonte: prontuário da criança

Os resultados apresentados foram compilados em planilha de excell perfazendo um total de dez crianças, seis do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com idade entre onze e quarenta e oito meses, pesando de 9,3 a 19,8 quilogramas e estatura entre 73 e 115 cm. A verificação do desenvolvimento físico realizada através das medidas de peso e altura, demonstra que apenas uma criança do sexo feminino, idade de 14 meses, evidencia baixo peso para idade quando analisada a representação gráfica na carteira de vacinas. Discrepância no desenvolvimento motor grosso e motor fino foram observados em uma criança com diagnóstico médico de nanismo, que na avaliação de saúde evidencia alteração motora decorrente de encurtamento em membro superior esquerdo, a mesma vem sendo mantida em acompanhamento clínico especializado. Duas crianças ambas do sexo feminino, de idade de 14 e 18 meses respectivamente manifestaram alteração no desenvolvimento da linguagem, caracterizadas por diminuição no padrão da linguagem, quando comparado as recomendações de Hockenberry e Wilson (2011, p. 430), sobre que preconiza para as crianças de 14 meses utilização da linguagem expressiva, falar quatro a seis palavras, incluindo nomes, coisas, apontando para elas e aos 18 meses a criança deverá falar 10 ou mais palavras, formar combinações de palavras, apontar objetos e formar combinações de gestos, o que nestes casos não foi observado. O desenvolvimento cognitivo alterado foi observado em uma criança do sexo masculino, de 48 meses, manifestado pela diminuição da atenção e dificuldade de acompanhamento em sala de aula. Ainda no levantamento de problemas decorrente da avaliação de saúde, identificaram-se duas crianças com alteração no sistema respiratório evidenciado por coriza e higiene insatisfatória. **Considerações Finais:** O estudo possibilitou conhecer a realidade das crianças atendidas na creche, bem como identificar situações envolvendo aspectos do crescimento e desenvolvimento que requerem acompanhamento profissional. Sua relevância aponta a necessidade da inserção do profissional enfermeiro nestes espaços de cuidado, monitorando a saúde infantil e contribuindo na promoção do qualidade de vida desta população.

Referencias:

MARIA MENGUEL, M.R.S, LINHARES, M.B.M. **Risk Factors For Infant developmental problems**.Revista Latino Americana de Enfermagem, 2007, set-out, n.15, p.837-42.

HOCKENBERRY M. J.; WILSON, D. **Wong**: fundamentos de enfermagem pediátrica. Tradução Maria Inês Correia Nascimento. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

VELEDA, A.A., SOARES, M.C.F,CEZER-VAZ, M.R. **Fatores Associados ao atraso no desenvolvimento em crianças**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, RS, 2011, v.32, n.1, p. 32 – 85.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE IDOSO COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: RELATO DE CASO.

Dayane Schier¹; Maristela Torres¹; Silene L. S. de Medeiros ¹; Denise Fauz Kletemberg ².

Introdução: O infarto agudo do miocárdio (IAM) é caracterizado pela interrupção do fluxo sanguíneo nas artérias coronárias, por obstrução, devido ao depósito de gordura nas paredes das artérias ou por colapamento, devido ao espasmo severo coronariano. Independente da causa, o efeito é uma diminuição severa ou interrupção total de fluxo sanguíneo, em uma área delimitada pela artéria atingida, cujo dano será proporcional ao quantitativo de vasos envolvidos, posicionamento da artéria atingida e pelo tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas e a procura por atendimento médico. O músculo miocárdio é responsável pela contração e relaxamento do coração de acordo com o impulso elétrico fornecido pelo marca-passo cardíaco. Quando há interrupção sanguínea, sua funcionalidade estará comprometida, devido à falha no suporte de nutrientes e oxigênio. Os impulsos elétricos continuam sendo enviados para esta área, mas não há trabalho mecânico cardíaco. A idade e o histórico de doença familiar cardíaca são condicionantes importantes, entretanto alguns fatores de risco podem ser controlados tais como o tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, obesidade/sobrepeso e sedentarismo. Sinais e sintomas descritos incluem dor no peito, sensação de desconforto nos ombros, braços, dorso (costas), pescoço, mandíbula ou no estômago e incômodo na língua ou no queixo. Pele fria, pálida, pegajosa, inquietação e palpitações também podem ocorrer. Menos comuns são relatos de náuseas, vômitos, tontura e confusão mental. O diagnóstico é feito baseado nos exames laboratoriais de dosagem de enzimas, mas também no ECG e na angiografia coronariana. O tratamento inicial é focando na minimização e prevenção de danos no músculo miocárdio. Posteriormente, volta-se ao tratamento da causa, visando à restauração do fluxo sanguíneo na área afetada o mais rápido possível. **Objetivo:** Elaborar a sistematização da assistência de enfermagem a paciente idoso com Infarto Agudo do Miocárdio. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Realizado por acadêmicas do 6º período do Curso de Graduação de Enfermagem na disciplina de Saúde do Idoso. A coleta de dados foi realizada na Unidade de Internação de um Hospital Escola da cidade de Curitiba-Paraná, em outubro de 2011. Os dados foram coletados durante a internação do paciente, através de uma entrevista semi-estruturada. Este instrumento abrange dados de identificação, história da admissão, exame físico, informações adicionais como as necessidades humanas básicas. Para subsidiar a pesquisa ainda foram utilizadas algumas informações contidas no prontuário do paciente como resultados de exames realizados e intercorrências durante a hospitalização. A coleta de dados seguiu os seguintes passos do processo de enfermagem: realização do levantamento de dados mediante o histórico de enfermagem; elaboração dos diagnósticos de

enfermagem segundo a CIPE – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem e as prescrições de enfermagem, formando o plano de ação para o paciente. **RESULTADOS:** V.R.S, 82 anos, branco, casado, aposentado, natural de Curitiba-Paraná, católico praticante. Portador de Hipertensão Arterial Sistêmica, dislipidemia. Internado dia 17/10/2011, com diagnóstico médico de Infarto Agudo do Miocárdio. Apresentou como queixa principal: dor precordial, pele pegajosa, vertigem, formigamento nas extremidades e relato de síncope. Realizado exames de sangue, eletrocardiograma, sendo encaminhado para UTI. Permaneceu por 2 dias nesta unidade quando foi transferido para o quarto onde permanece. Na anamnese apresenta-se orientado, consciente, ansioso, deambulando. Com boa aceitação alimentar. Faz uso de medicação contínua com captopril, atenolol, furosemida, sinvastatina. Relata que controla a alimentação, porém não faz atividade física. Tabagista por 25 anos com interrupção há 30 anos. Ingere bebidas alcoólicas socialmente. Nega alergia a medicações. Histórico de internações hospitalares anteriores por problemas respiratórios. Eliminações fisiológicas presentes. Padrão de sono e repouso satisfatório, porem relata “sono leve”. Vive em casa própria com boas condições de saneamento básico, onde reside com sua esposa. Desta união tiveram 5 filhos e 4 netos. Ao exame físico PA: 130/80 mm/hg T: 36°C R: 16 rpm P: 62 bpm Paciente internado há 4 dias. Cabeça simétrica, couro cabeludo com higiene satisfatória e cabelos lisos. Face simétrica. Olhos simétricos, com conjuntivas coradas, pupilas isocóricas fotoreagentes, escleróticas integras. Acuidade visual preservada. Pavilhão auricular simétricos com higiene satisfatória. Nariz simétrico com higiene satisfatória. Lábios e língua corada. Com prótese dentaria superior e inferior. Tórax simétrico, ausculta pulmonar com M.V.P. presente, com expansibilidade torácica presente. Ausculta cardíaca com bulhas rítmicas e hipofonéticas. Abdome globoso, normotenso e normopalpável, som predominante timpânico à percussão, indolor à palpação, ruídos hidroaéreos presentes, cicatriz umbilical de bordas planas. MMII sem alterações. Pele íntegra, com acesso venoso salinizado em MSE. Após a coleta e análise dos dados, foram elencados os diagnósticos de enfermagem e as intervenções:

Dor torácica intensa.

- Manter repouso no leito;
- Manter cabeceira elevada a 30°;
- Manter o paciente monitorizado;
- Promover ambiente calmo e seguro;
- Oferece apoio emocional;
- Monitorar a presença e intensidade da dor;
- Verificar sinais vitais a cada 4hs.

Suor intenso.

- Manter ambiente arejado;
- Evitar uso excessivo de cobertas;
- Verificar sinais vitais a cada 4hs.

Náusea freqüente.

- Manter cabeceira elevada a 30°;
- Anotar presença de êmese.

Pressão arterial sistêmica alterada.

- Verificar sinais vitais a cada 4hs;
- Manter em repouso no leito;

Sedentarismo moderado.

- Orientar a importância de praticar atividade física;
- Orientar o paciente quanto aos hábitos de vida adequados.

Nutrição desequilibrada;

- Oferecer dieta em intervalos menores;
- Oferecer dieta de acordo com sua preferência;
- Aumentar a ingestão hídrica;
- Encaminhar para nutrição;
- Anotar a aceitação da dieta.

Risco de infecção.

- Avaliar sinais flogísticos em local do acesso venoso periférico em membro superior direito;
- Manter permeabilidade do acesso venoso periférico;
- Manter técnica asséptica para troca do curativo do acesso venoso;
- Controlar temperatura corporal de 4x4hs;

Ansiedade alta.

- Oferecer apoio emocional;
- Manter ambiente tranquilo;
- Orientar sobre os procedimentos realizados;
- Deixar a família presente, quando houver necessidade.

Padrão de sono alterado.

- Manter ambiente tranquilo para o sono;
- Promover ambiente confortável

Risco para queda.

- Auxiliar nas atividades diárias;
- Manter grades do leito elevada;

- Travar rodinhas da cama.

Integridade da pele prejudicada.

- Manter pele hidratada, limpa e seca;
- Manter pele limpa e seca;
- Estimular o auto cuidado;
- Manter leito confortável;
- Orientar sobre a mudança de decúbito;
- Certificar-se de alergias a produtos tópicos e adesivos antes de quaisquer procedimentos.

Conclusão: É papel do enfermeiro identificar os problemas envolvidos na internação hospitalar de um paciente portador de Infarto Agudo do Miocárdio. A elaboração da sistematização da assistência de enfermagem permitiu a comprovação da relevância deste método ao oferecer respaldo científico, segurança e direcionamento para o desempenho das ações de enfermagem. Este estudo também oferece a outros estudantes e profissionais enfermeiros o embasamento científico para as intervenções de enfermagem necessárias ao portador desta cardiopatia.

Palavras chave: infarto do miocárdio; cuidados de enfermagem; educação em enfermagem

Referências:

CASTRO, I.A.M. **Cardiologia: Princípios e Prática**. Porto Alegre: Ed. Armed, 1999. p.697-700.

Classificação Internacional de Enfermagem. **Conselho Internacional para a Prática de Enfermagem versão 1**. trad. de Heimar de Fátima Marin. São Paulo, editora Argol,2003.

BRAUNWALD, E. **Tratado de medicina cardiovascular**. 5.ed. São Paulo: Ed. Roca, 1999.p.1280-1289.

PESARO, A. E. P.; SERRANO, C. V.; NICOLAU, J. C. Infarto agudo do miocárdio - síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. **Rev. Associação médica brasileira**, 50 (2): 214 -20, 2004.

VAN DE GRAAF, M. K. **Anatomia Humana**. 6.ed. São Paulo: Ed.Manole, 2003.p.546-554.

O BULLYING DÓI, MINIMIZE-O

Valdeci de Assis Teixeira¹

Rosália Jacomel²

A compreensão dos altos níveis de violência que irrompe e transforma o cotidiano de nossa sociedade, elevando os temores da população sobre sua própria insegurança, caracterizando-se em um dos maiores desafios enfrentados em nosso país. Essa preocupação se eleva ao verificar-se que a violência continua tendo os jovens entre quinze a vinte e quatro anos como principais autores e vítimas. Duas em cada três mortes registradas no país originam-se com extrema violência, seja por homicídios, suicídios ou acidentes de trânsito, provocados e/ou vitimizados por jovens nessa faixa etária. De acordo com o Mapa da violência do ano de 2011, elaborado pelo Ministério da Justiça, o Paraná configura-se como o estado que apresentam índices exageradamente mais elevados de violência na região sul e Curitiba ostenta o quinto lugar entre as capitais brasileiras aonde mais jovens morrem por causas violentas. Nesse enfoque, na tentativa da compreensão de como se origina este tipo de comportamento agressivo entre os jovens é o que nos leva a observar um aumento crescente da violência no meio escolar. Sendo a escola considerada o berço do saber, local de passagem obrigatória para uma socialização e preparação para a vida adulta, observa-se uma massificação e uma diversificação de indivíduos com culturas diferentes, condições socioeconômicas diferentes, pensamentos diferentes, dificultando essa integração ocasionando e gerando conflitos interpessoais onde alguns indivíduos assumem como forma de imposição, comportamentos considerados agressivos, os quais emergem da interação social e podem ser definidos como todo comportamento que visa causar danos e/ou prejudicar alguém e, os outros, submissos aos primeiros. A violência escolar compreende toda a amplitude das atitudes agressivas e anti-sociais praticadas por alunos em ambiente escolar, como os atos criminosos, os danos ao patrimônio, os conflitos interpessoais, as agressões físicas e psicológicas. O corpo docente e a opinião pública insistem em considerar tais comportamentos como a agressividade entre pares e a indisciplina escolar como resultantes de fase transitória, na qual vivemos em tempos líquidos, tendo como consequência os avanços tecnológicos e científicos pós-modernos, os quais são elaborados, implementados e ignorados tão rápidos, como que se escorressem entre os dedos, Neste contexto, observa-se um aumento crescente da agressividade entre os alunos, e essa antiga forma de violência, mascarada como uma nova forma de agressão, vem ganhando destaque por meio de estudos acadêmicos. Sendo considerado por muitos como um fenômeno, o *bullying*, termo de origem inglesa de difícil definição, representa uma forma de afirmação de poder, caracterizado pela agressão intencional e repetido que ocorre sem motivo evidente e se constitui em uma subcategoria de agressão e/ou comportamento agressivo. Persiste com uma única finalidade, a de causar danos, sejam físicos ou morais em um ou mais estudantes de tal modo a se tornarem incapacitados à defesa. Também, não se deve deixar de mencionar o aumento das invasões

no espaço escolar provocadas por grupos rivais para acerto de contas com membros de outros grupos, tornando-se comuns as agressões sofridas por alunos, funcionários e demais integrantes da comunidade escolar. Sendo o microsistema escolar considerado como um ensaio da sociedade em geral, onde os jovens encontram seus pares e todos possuem pequenos objetivos individuais, neste contexto, as relações são estabelecidas e destas emergem compromissos, negociações, cooperações e reconstruções onde, alguns indivíduos alcançam com êxito seus objetivos pessoais, sejam eles quais forem, independentes de serem certos ou errados e nesse processo, impunes, tendem a serem agressivas, enganadoras e manipuladores para conseguirem o que desejam, moldando e levando tal comportamento para a vida futura. Fica evidente que as diferentes esferas de governo não estão de braços cruzados. Há diferentes esforços em diversos níveis em estruturas do Governo e sociedade civil voltadas para o enfrentamento da violência em geral, especialmente dos jovens em particular. E nesse leque, acredita-se que esses episódios violentos que acometem nossos jovens têm seu início no espaço escolar, nesse sentido, realizou-se uma pesquisa em uma escola estadual a alunos de quinta a oitava séries do ensino fundamental, do município de Curitiba/PR, tendo como objetivo, informar, sensibilizar e conscientizar os alunos sobre o bullying, enfatizando a necessidade fundamental a educação em saúde voltado à minimizar a violência escolar, adotando-se como matriz metodológica o método indutivo onde buscou-se estruturar através de palestras, relacionada ao tema em questão; a fim de “esclarecer” e tirar as dúvidas dos alunos referentes a temática abordada, levando os alunos a conhecer e/ou reconhecer os problemas originados pelo prática do bullying e a sua magnitude, tornando-se um passo imprescindível no sentido de equacioná-lo, inibindo e/ou suprimindo possíveis causas que magoam e deixam marcas profundas, podendo culminar com a destruição de muitas vidas, além da sua própria. Após a palestra, visando o nível de compreensão dos alunos, foi apresentado um questionário individual, com perguntas abertas e fechadas. Neste instrumento, os dados relativos à agressividade entre pares foram relacionados de forma contextualizada, prevendo acerca do ambiente familiar e escolar em geral, na perspectiva dos alunos, permitindo perceber o fenômeno no seu contexto relacional mais grave. A análise destes dados permitiu concluir, por exemplo, que existe independência em ser o agressor do bullying e o ano de escolaridade e que os níveis de agressão variam conforme o gênero, facilitando não só o diagnóstico do problema como também o seu enquadramento no contexto escolar. Esperamos que as informações obtidas pudessem servir de base para estudos mais aprofundados sobre o tema, para discussões locais e, fundamentalmente, para diagramar políticas e estratégias que permitam reverter o quadro observado. Os resultados obtidos revelam uma boa aceitação da comunidade escolar em debater este tema, tanto na recepção do material didático explicativo como ao assistirem as palestras organizadas. Assim, fomentar debates sobre os novos paradigmas e conceitos que são inseridos na sociedade é de fundamental importância para educação. A enfermagem desempenha papel importante e articular tais abordagens conceituais frente à comunidade, contribuindo assim para um melhor aprendizado e melhor

qualidade de vida para a população envolvida na comunidade escolar. Educar é acreditar numa sociedade melhor, menos competitiva, mais solidária, mais cooperativa, privilegiando a formação do homem na sua totalidade, transformando-o num cidadão crítico, emancipado, que saiba o valor de ganhar e perder, respeitando seu adversário.

Palavras-chave: violência; escola; prevenção.

Referências:

WASELFISA, J. J.; Mapa da Violência 2011: os jovens no Brasil/Julio Jacobo Waiselfisa.-São Paulo: Instituto Sangari; Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2011.

ALMEIDA, A., LISBOA, C., & CAURCEL, M. J. (2007). ¿Por qué ocurren los malos tratos entre iguales? Explicaciones causales de adolescentes portugueses y brasileños. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 107-118.

CHRISPINO, A.;CHRISPINO, R. S. P. Mediação de conflitos: cabe à escola tornar-se competente para promover transformações. *Revista do Professor*, Porto Alegre, ano 20, n.79, p. 45-48, jul./set. 2004.

CHRISPINO, A.; CHRISPINO, R. S. P. *Políticas educacionais de redução da violência: mediação do conflito escolar*. São Paulo: Biruta, 2002.

LEME, M. I. S. (2004). Resolução de conflitos interpessoais: interações entre cognição e afetividade na cultura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3) 367-380.

LOPES NETO, A. A.; SAAVEDRA, L. H. *Diga não para o bullying: programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes*. Rio de Janeiro: Abrapia, 2003.

LOPES NETO, A. A. (2005). *Bullying: Comportamento agressivo entre estudantes*. *Jornal de Pediatria* (Rio de Janeiro), 81(5), 164-172.

CHARLOT, B. A Violência na escola: como os sociólogos franceses abordam essa questão. *Sociologias*, v.4, n.8, p.432-443, 2002.

ROLIM, M. (2008). *Bullying: O pesadelo da escola, um estudo de caso e notas sobre o que fazer*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

BERGER, K. S. (2007). Update on bullying at school: Science forgotten? *Developmental Review*, 27, 90-126.

PEREIRA, B. O. (2002). *Para uma escola sem violência: Estudo e prevenção das práticas agressivas entre crianças*. Porto, Portugal: Imprensa Portuguesa.

PIZARRO, H. C., & JIMÉNEZ, M. I. (2007). Maltrato entre iguales en la escuela costarricense. *Revista Educación*, 31(1), 135-144.

TIGNETTA, L. R. P. (2005). Violência na escola: Os sinais de *bullying* e o olhar necessário aos sentimentos. In A. Pontes & V. S. Lima (Eds.), *Construindo saberes em educação* (pp. 11-32). Porto Alegre, RS: Zouck

CRIANÇA COM LINFOMA DE BURKITT: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Renata Ferreira da Silva¹, Vanessa Cristina Marques Rosa¹, Kátia Renata Antunes Kochla².

INTRODUÇÃO

O diagnóstico do câncer infantil é um processo complexo e deve ser estudado separadamente do câncer do adulto por apresentar diferenças nos locais primários, diferentes origens histológicas e diferentes comportamentos clínicos, pois tende a apresentar menos períodos de latência. Atualmente os métodos utilizados no tratamento do câncer infantil garantem altos índices de cura, perto de 70%. É importante que toda criança seja acompanhada periodicamente por um pediatra, como recomenda a OMS, e que os responsáveis procurem o serviço de referência se suspeitarem de qualquer sinal que a criança apresente como: dores de cabeça pela manhã e vômito; caroços no pescoço, nas axilas e na virilha, ínguas; dores nas pernas que atrapalham as atividades das crianças; manchas arroxeadas na pele como: hematomas ou pintinhas vermelhas; aumento de tamanho da barriga; brilho branco em um ou nos dois olhos quando a criança sai em fotografias com flash. Muitos desses sintomas são semelhantes aos de várias doenças infantis comuns, mas não desaparecem em um prazo de 7 a 10 dias. Estudos mais recente, realizado pela Fundação Oncocentro de São Paulo (Fosp) constatou que, na faixa etária pediátrica (0 a 18 anos), desde o ano de 2000 até junho de 2008, foram registrados 8.768 casos, correspondendo a 3,2% do total de diagnósticos realizados, sendo os tipos mais freqüentes leucemias (25,7%), linfomas (16,3%) e tumores do SNC (12,8%). Os linfomas são um conjunto de doenças linfoproliferativas variadas, tradicionalmente divididas em linfoma Hodgkin (LH) e linfoma não - Hodgkin (LNH) uma das formas desse é o linfoma de Burkitt. Os LNH podem acometer sítios extra nodais em 25-30% dos casos, sendo o local mais frequente o trato gastrointestinal. O Linfoma de Burkitt foi descrito pela primeira por Denis Burkitt em 1958, sendo uma disfunção das proteínas responsáveis pelo ciclo celular. Foram descritos três variantes clínicas deste: a endêmica; esporádica e associado à imunodeficiência. A primeira acomete principalmente crianças de 4 a 7 anos na África equatorial, com envolvimento freqüente da mandíbula e rins. O linfoma de Burkitt relacionado à imunodeficiência é observado em pacientes infectados pelo vírus da imuno deficiência humana (HIV). A variante dita esporádica é responsável por 1 a 2% dos linfomas em adultos na Europa ocidental e EUA, e se apresenta principalmente como tumores abdominais sem distribuição climática ou geográfica específica. Os sintomas podem incluir: dor abdominal; náuseas; vômitos; obstrução intestinal; sangramentos gastrointestinais; ou síndromes que mimetizam apendicite aguda ou intussuscepções. Para estabelecer o diagnóstico, o médico faz uma biópsia do tecido anormal e prescreve outros exames para determinar a extensão das doenças.

Pode ser necessário recorrer à cirurgia para extirpar as partes afetadas do intestino, que de outra maneira produziriam hemorragia e obstrução ou perfuração. A quimioterapia é intensiva, mas pode curar aproximadamente 80% dos doentes com doença localizada e 70% daqueles cuja doença está moderadamente avançada. Durante o estágio de Enfermagem em Saúde da criança e do adolescente em uma unidade de Hemato Oncopediatria acompanhamos, cuidamos de uma criança com diagnóstico de Linfoma de Burkitt e estabelecemos o seguinte objetivo: Levantar os diagnósticos de Enfermagem para a criança em tratamento de Linfoma de Burkitt. Trata-se de um estudo de caso, realizado por acadêmicas do 4º período de enfermagem da Universidade Positivo. A coleta de dados ocorreu a partir de entrevista com a mãe da criança e exame físico do mesmo. O local foi em um hospital filantrópico do município de Curitiba/PR com 153 leitos, com a execução de 82.239 procedimentos até o mês de setembro/2011, cobertura de 91.2 % de atendimentos pelo SUS e 8.8% de atendimentos particulares ou planos de saúde. O nosso setor de escolha para o estudo de caso foi o setor de Hemato Onco Pediatria. Este tem 15 leitos distribuídos em enfermarias e isolamento, uma UTI com 5 leitos. Após a coleta organizamos os dados e levantamos os diagnósticos de Enfermagem. Para este levantamento utilizamos a Classificação da Práticas de Enfermagem (CIPE) versão 1.0. **RESULTADOS: Histórico:** Paciente L. S. sexo masculino, 4 anos e 8 meses de idade, natural de Adrianópolis - PR. Há 8 meses apresentou dor abdominal, vômitos e febre, foi encaminhado para um serviço hospitalar e neste foi realizada cirurgia devido Invaginação intestinal. Após 6 meses os sintomas retornaram e apresentou dificuldade para evacuar, internado com diagnóstico de suboclusão intestinal, mantido em jejum com sonda nasogástrica que melhorou o quadro. Os sintomas tornaram a manifestar-se, foi consultado na cidade de origem e tratado com laxante. Após este tratamento foi encaminhado para um Hospital de Grande porte da região metropolitana de Campina Grande do Sul, onde palpamos uma massa tumoral no abdomen. Realizaram ecografia abdominal e laparotomia exploratória, que evidenciou massa infiltrada no intestino. Necessitou receber transfusão de concentrado de hemácias nesse internamento. Encaminhado então para um hospital de referência em tratamento oncológico na região de Curitiba, onde realizaram aspirado de medula óssea e chegaram ao diagnóstico de Linfoma de Burkitt, segundo consta no prontuário do paciente. Criança permanece no hospital para tratamento quimioterápico. **Exame físico:** Temp: 36,5 °C;FC: 132 bpm; FR: 40 mr ;PA: 100/70;Ht:Não tem sinais de desidratação; Peso: 15,5 Kg; Prega Cutânea presente. **Aparência Geral:** Criança consciente, lúcida, pouco comunicativa, deambula, porém em repouso no leito, refere dor intensa em cavidade oral e garganta, face corada, rejeita dieta devido lesões na cavidade oral, diurese presente de aspecto claro, evacuação ausente no período. Ausculta cardíaca rítmica e normofonética, abdômen globoso e tenso. MMSS e MMII (membros superiores e inferiores) com movimentação plena e pele íntegra. Mantém CTI (cateter totalmente implantado) em região de tórax direita com soroterapia, curativo oclusivo na incisão cirúrgica em abdômen de aspecto limpo. Realizado coleta de sangue em CTI, administração dos medicamentos dipirona e morfina segundo prescrição médica devido dor, controle de dados vitais e controle de diurese. **Diagnósticos de**

Enfermagem: Criança com dor aumentada em cavidade oral; Criança com baixo peso; Criança com apetite diminuído; Criança com lesão em cavidade oral comprometido, Criança com risco de suscetibilidade de infecção em cateter, Criança com ferida cirúrgica de médio tamanho em abdômen, Criança com abdômen de proporções grande, Criança apresentando dependência para alimentar-se. **Considerações finais:** Atualmente estudos mostram que o câncer está cada vez mais curável quando descoberto no início e com a indicação de tratamento correto. Observamos que os diagnósticos de Enfermagem estão relacionados com as principais complicações da doença como: dores e desconfortos abdominais, mucosite causada pela quimioterapia, cateter totalmente implantado. É relevante que o enfermeiro realize a consulta de Enfermagem e faça o levantamento dos diagnósticos para prescrever cuidados que proporcionem segurança, conforto e reduza as complicações que o câncer pode causar.

REFERÊNCIAS:

BATISTA, B.N.; MAXIMIANO, L.F. Intussuscepção intestinal em adultos jovens – relato de caso e revisão de literatura. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, volume 36, n.6 p. 533 – 536 Nov./Dez 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010069912009000600014&script=sci_arttext>. Acessado em 19/11/2011.

GRAACC - Grupo de apoio ao adolescente e à criança com câncer. O câncer infantil, sinais e sintomas, 2010 Disponível em: <<https://www.graacc.org.br/o-cancer-infantil/sinais-e-sintomas.aspx>>. Acessado em 19/11/2011.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. O que é o câncer ?, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acessado em 17/11/2011.

Manual Merck - Biblioteca medica online, Linfoma não Hodgkiniano, 2009. Disponível em: <<http://www.manualmerck.net/?id=184&cn=1452>>. Acessado em 19/11/2011.

PINTO,P.C.L. et al. Linfoma não-Hodgkin envolvendo tonsila palatina: relato de três casos. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, volume 70, número. 2, p. 273-276, mar./abr 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992004000200021&script=sci_arttext>. Acessado em 19/11/2011.

REIS, S.; DIAS, S.P.; MAZZAIA,M.C. Assistência da criança na atenção básica e sua relação com o diagnóstico tardio do câncer infantil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Paulo, ano 7, número 20, p. 52 – 62, abr./jun 2009.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DA INFECÇÃO GENERALIZADA, SEPSE

EDITE DE CASSIA¹, VALERIA ROCHA¹, VANESSA ROMERO¹, JULIANA RODRIGUES²

INTRODUÇÃO

A septicemia, sepse ou sépsis é uma infecção geral grave do organismo por germes patogênicos.

A septicemia pode se desenvolver a partir de qualquer infecção sistêmica grave. A grande maioria dos germes responsáveis pela sepsis causada na comunidade são bactérias, oriundas das infecções como: pneumonia comunitária adquirida, infecção alta do trato urinário ou meningite. Em caso de pacientes hospitalizados, as causas bacterianas mais comuns são pneumonia por aspiração, pneumonia associada ao respirador, infecção de sutura e abscesso.

Antigamente, as septicemias eram quase sempre fatais. A descoberta dos antibióticos modernos permitiu o combate plausível de forma eficaz dessas infecções malignas, que continuam, no entanto, muito perigosas em organismos enfraquecidos, debilitados ou no caso de defesas imunitárias insuficientes.

A septicemia é a designação para o conjunto de manifestações patológicas devidas a invasão, por via sanguínea por germes patogênicos provenientes de um foco infeccioso. Outra bactéria encontrada em nosso estudo o *Staphylococcus aureus* altamente resistente (MRSA) é um tipo de bactéria resistente a alguns tipos de antibióticos. Para entender o MRSA é útil aprender sobre a bactéria *Staphylococcus Aureus*, que são bactérias comumente transportadas na pele ou no nariz de pessoas saudáveis. Cerca de 25 a 30% da população americana transporta o *Staphylococcus* no corpo, em algum momento. Quais são os sintomas de uma infecção causada por ***Staphylococcus***? Bolhas, erupções, furúnculos com pus, especialmente quando quentes, dolorosos, vermelhos ou inchados, podem significar que você tem uma infecção de pele causada por ***Staphylococcus*** ou por MRSA. Às vezes, o ***Staphylococcus*** também pode causar problemas mais graves, como infecções de ferimentos cirúrgicos, infecções na corrente sanguínea e pneumonia. Entre os sintomas pode haver febre alta, inchaço, queimadura e dor em torno da ferida, dor de cabeça, fadiga e outros. No decorrer da internação a paciente apresentou episódios de convulsão, que é definido como a mudança súbita de comportamento provocada pelo excesso de atividade elétrica no cérebro. Dependendo da região do cérebro afetada, há uma grande variedade de sintomas. A convulsão se manifesta como uma alteração comportamental, na qual o indivíduo pode falar coisas sem sentido; exerce movimentos estereotipados dos membros (tremores); ou mesmo através de episódios nos quais a pessoa parece ficar “fora do ar”, com o olhar parado, fixo e sem contato com o ambiente. Pode aparentar estar “ouvindo tudo”, porém, sem responder aos

questionamentos. Pode haver vômito, urina e defecação, uma vez que há alteração também das funções fisiológicas, em um ataque convulsivo, alguns deles podem causar desmaios. As convulsões podem ser complexas (quando alteram a consciência) ou simples (quando não alteram a consciência). Elas também podem ser focais, quando afetam somente uma parte ou lado do corpo, ou generalizadas, quando afetam todo o corpo. Sempre que se presencia uma crise convulsiva, deve-se registrar o tempo da convulsão, se houve algum fator desencadeante, as características da crise e se houve incontinência. São dados importantes para que os profissionais de saúde observem, para um futuro diagnóstico ou mudança de conduta terapêutica.

OBJETIVO

Aplicar a metodologia da assistência de enfermagem em pacientes com infecção generalizada.

METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso.

- A coleta de dados foi realizada na Unidade de Internação de um Hospital Escola da cidade de Curitiba, em Novembro de 2011. A coleta de dados ocorreu durante a internação do paciente, por meio de uma entrevista semi-estruturada contendo a história da admissão, exame físico, necessidades humanas básicas. Foram utilizadas informações contidas no prontuário do paciente como resultados de exames realizados e intercorrências durante a hospitalização. A coleta de dados seguiu os seguintes passos do processo: levantamento de dados mediante o histórico de enfermagem; Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem e prescrições de enfermagem, visando o plano de ação para a paciente.

HISTÓRICO

L.S., mulher de 17 anos deu entrada ao hospital queixando-se de Infecção nos rins e permanece hospitalizada desde Outubro de 2011. Apresenta períodos de confusão, queixa de dor no MIE devida a uma ferida nos pés, apresenta hipotensão. Doença principal, infecção generalizada. Paciente reinternada na UTI por quadro de crise convulsiva. Casada, desempregada, mora com o esposo em residência alugada. Recebe acolhimento da família, ensino fundamental incompleto, religião evangélica. Atualmente faz uso dos medicamentos, depakene, flagyl, puran e novalgina.

EXAME FÍSICO e DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Nutricional/metabólico: Apetite diminuído, perda de peso nos últimos meses. Padrão de atividade/auxílio: Não deambula, não pratica exercícios, depende de ajuda para se vestir, banhar-se, não faz uso de comadre para fezes e diurese.

Padrão Eliminatorio: Hábito urinário fisiológico normal, hábito intestinal irregular. Não apresenta vícios.

Padrão Cognitivo/Perceptual: nenhuma alteração visual Desconforto/dor/local: parestesia progressiva em MMII, dor de cabeça intensidade 10. Padrão emocional: irritabilidade, As causas sua imagem corporal apresenta uma cicatriz em relação à cirurgia de Traqueostomia.

Frente ao diagnóstico apresentado foram prescritas as seguintes ações: auxiliar paciente na hora da higienização corporal, auxiliar paciente quando realizar suas necessidades fisiológicas, verificar pressão arterial de 4 em 4 horas, trocar curativo da ferida dos pés, motivar paciente a ter vontade de viver, encaminhamento para psicólogo para solucionar problemas, atentar para possibilidade de trauma pois paciente apresenta uma irritabilidade muito grande, sobre o exame físico do sistema neurológico, é um processo sistemático que inclui vários testes clínicos, observações e avaliações que visam analisar o estado neurológico. As anormalidades cerebrais podem causar distúrbios do estado mental do funcionamento intelectual e do conteúdo do pensamento e em padrões de comportamento emocional. Uma avaliação do estado mental começa pela observação da aparência e comportamento do paciente, postura, gestos, movimentos expressões faciais. Apesar paciente pela manhã e encaminhar o resultado para o serviço de nutrição. Ao analisarmos o estado emocional da paciente observou-se alguns transtornos psicológicos, será feito um acompanhamento psicológico para que possamos solucionar e administrar seguramente medicamentos conforme prescrição médica.

CONCLUSÃO

A finalidade da assistência de enfermagem é proporcionar o cuidado ao paciente, proporcionar a melhora do seu estado de saúde. Ao futuro enfermeiro cabe o reconhecimento da importância deste aprendizado para mais tarde na sua vida profissional conseguir utilizar todas as etapas do processo, e contribuir com idéias que melhorem os processos na assistência de enfermagem. E ao enfermeiro, cabe acompanhar o processo de cada paciente, analisando sempre qualquer mudança utilizando todos os instrumentos para chegar um diagnóstico real e assim planejar os cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIA

CIPE - Versão 1: *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Tratado de infectologia atual*: São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

DESENVOLVIMENTO SOCIAL COGNITIVO DA CRIANÇA: RELATO DE CASO

Ingriti Geane de Oliveira^[1], Katherin Anne L. Formiga^[1], Rebeca C. Mechi^[1],
M^a Elisa B. do Nascimento^[2].

Palavras chaves: Desenvolvimento infantil, Creche, Avaliação de enfermagem.

Introdução: O desenvolvimento infantil entendido como um processo que ocorre gradativamente pode sofrer influencia de muitos fatores ambientais ou biológicos, podendo intervir no desenvolvimento e causar danos a criança. Segundo, Enderle (1985) estudioso da obra de Piaget, as crianças não adquirem suas capacidades mentais com o passar do tempo, e sim as herdaram como um modo de reagir ao ambiente. Frente a isso as atividades intelectuais e cognitivas visam à adaptação do indivíduo ao seu ambiente. Apoiado nesta premissa os psicólogos recomendam a creche como espaço propício ao desenvolvimento da criança. Outros autores compartilham desta ideia, ao abordar a instituição de abrigo como ambiente ecológico como de extrema importância devido ao grande número de atividades, funções e interações. (TORQUATO et al, 2011) Dentre as vantagens do convívio da criança na creche, enfatiza-se a construção de um apoio familiar, possibilita o intercâmbio agressivo com outras crianças o estimulando a auto defesa, auxilia no desenvolvimento cognitivo e psicomotor através das atividades desenvolvidas e prepara a criança para a alfabetização, criando também hábitos de leitura e escrita. (ENDERLE,1985). Diante deste contexto, a avaliação do desenvolvimento da criança durante as práticas escolares e/ou nos espaços de cuidado como a creche, deverá possibilitar atuar preventivamente quando percebida alguma situação que não condiz com a requerida na evolução preconizada para idade. Neste enfoque, atrasos do desenvolvimento cognitivo podem indicar um declínio de compreensão, que decorre de uma interferência no processamento das informações, como, por exemplo, uma deficiência de aprendizagem ou alguma outra forma de desorganização do seu sistema nervoso. Num ambiente carinhoso e acolhedor, e na ausência de prematuridade ou problemas semelhantes, seria difícil explicar uma demora para o surgimento de quaisquer expectativas e aptidões. (BRAZELTON, T. B., 1994). Nesta trajetória o estudo pretende responder se existe atraso no desenvolvimento social cognitivo de uma criança de cinco anos atendida na creche? E tem como objetivo estudar o desenvolvimento de uma criança de cinco anos atendida na creche baseada nos pressupostos de Jean Piaget. **Metodologia:** Estudo de caso, descritivo, envolvendo uma criança do sexo masculino de cinco anos atendida em Creche filantrópica localizada em Curitiba - PR, no período de novembro 2011. Para avaliação desta criança foi usado um instrumento norteado por aspectos do desenvolvimento social cognitivo ancorado na descrição sobre as etapas do desenvolvimento cognitivo ou intelectual, de Jean Piaget (1970), as quais se denominam: estágio sensório-motor, estágio pré-operacional, estágio das operações concretas e, por último, estágio das operações formais. Neste trabalho tomamos

como base a caracterização do estágio pré-operacional, que tem início em torno dos dois anos de idade até os seis anos, aproximadamente. O principal progresso dessa fase em relação do sensorio motor é o desenvolvimento da capacidade simbólica e domínio da linguagem, representada pelo finalismo, egocentrismo e brincadeiras individualizadas. A análise dos dados deu-se a partir do cruzamento das observações com a literatura especializada. **Discussão e Resultados:** Durante a trajetória observacional da criança em sala de aula, identificou-se atenção diminuída e interação pobre com seus pares, quando comparada a outras crianças da mesma faixa etária. O mesmo demonstra dificuldades para guardar objetos, alimentar-se e realizar as atividades escolares com os demais colegas, requerendo ajuda e direcionamento da professora e dos colegas para estas atividades. Segundo Jean Piaget (1970), a criança nesse período é egocêntrica, o pensamento reflete na noção de temporalidade, manifestando dificuldade de representar as durações ou espaços de tempo que foge da sua experiência direta. No entanto este autor afirma que a criança mesmo não conseguindo efetuar operações, ela já usa a inteligência e o pensamento, contrariando a observação dos acadêmicos de enfermagem sobre o caso de estudo. Problemas de comunicação e de linguagem demoram a manifestar-se e deve ser avaliada em busca de possíveis distúrbios auditivos. Para Brazelton (1994), a qualidade das amizades da criança é algo que pode indicar muito bem aos pais se ela esta ou não tendo um desenvolvimento saudável. Uma criança que está isolada dentro do seu grupo, ou que é afastada das pessoas na escola, está transmitindo mensagens de ansiedade, de dúvida sobre si mesma, ou de perturbações, as quais talvez os adultos não percebam. Esse mesmo autor comenta que quando as crianças se afastam de outra criança, esse fato talvez possa representar uma insegurança básica que esteja pedindo a sua atenção. A aproximação dos acadêmicos de enfermagem da criança permitiu um despertar para possíveis diferenças no olhar voltado para o desenvolvimento infantil, fortalecendo a importância desse acompanhamento através da avaliação da criança nos procedimentos de triagem. Haja vista que uma das áreas de atuação do enfermeiro situa-se em espaços de cuidado como creches e escolas. Ao trabalhar com crianças o enfermeiro deve ouvir os pais e considerar suas observações incluindo-os em seus planos de cuidados. **Considerações Finais:** o estudo possibilitou o aprofundamento do conhecimento nas questões relativas ao desenvolvimento social cognitivo da criança baseado na interpretação de Jean Piaget associando os achados observados nesta criança, os quais demonstram serem significativos requerendo investigações mais acuradas e acompanhamento por profissionais de saúde. Aliado a relevância da identificação precoce desses achados destaca-se a importância da inserção do enfermeiro nestes espaços de cuidado.

Referencias:

BRAZELTON, T. B. **Momentos decisivos do desenvolvimento infantil.** São Paulo: Martins Fontes, 1994

ENDERLE, C. **Psicologia do desenvolvimento: o processo evolutivo da criança.** Porto Alegre: Artes médicas, 1985.

PIAGET, J. **O nascimento da inteligência na criança**. Tradução de Alvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

TORQUATO, J.A et al. **Prevalência de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor em pré escolares**. Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano, n.21, v.2, p. 259-268, 2011.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA CRECHE: RELATO DE EXPERIENCIA

Elisa de Fátima Borella,¹ Vivianne schwemlein,¹ Bianca Pastorini Petroski,¹
M^a Elisa B. do Nascimento².

Palavras Chaves: Ação educativa, doenças de pele e mucosas na infância, cuidados e enfermagem

As doenças de pele e mucosas em crianças são consideradas ocorrências freqüentes em creches e escolas. Estas normalmente atuam na pele e mucosas produzindo alteração das suas estruturas e tornando-as suscetíveis a invasão de microrganismos. A pele como invólucro de revestimento, constitui a primeira barreira protetora do individuo, isolando as estruturas internas do meio exterior, atua como órgão imunológico, e apesar de sua complexidade e diferenciação, responde de forma limitada aos diversos agentes agressores (HOCKENBERG, 2011). Dessa forma, agressões por agentes diversos são capazes de provocar doenças com alterações clínicas e/ ou histológicas semelhantes. Entre estas doenças, a dermatite de fraldas irritativa primária é aquela que aparece na área da fralda, considerada a infecção cutânea mais freqüente na primeira infância, constituindo fonte significativa de desconforto para criança. (FERNANDES, MACHADO e OLIVEIRA, 2008). Seguida da monilíase ou candidíase oral, pediculose e escabiose. Frente a esta realidade destacam-se o trabalho do enfermeiro que atua nos espaços de cuidado em creches e escolas orientando pais e educadores para o conhecimento destas doenças e adoção de medidas preventivas proporcionando tranqüilidade e segurança as crianças. Neste enfoque o **objetivo** do trabalho foi orientar, desenvolver e discutir temas sobre doenças de pele e mucosas na infância com educadores infantis que atuam no atendimento as crianças de 0 a 5 anos na creche. **Metodologia:** Descreve o relato de experiência e vivência de um grupo de acadêmicos da graduação de enfermagem, da Universidade Positivo, realizada no contexto da Creche AMA, localizada no campus desta Instituição, no período de outubro de 2011. A mesma foi desenvolvida e executada, por um grupo de cinco acadêmicos de enfermagem, sob a coordenação da professora da disciplina, com a finalidade de trocar experiências entre acadêmicos de enfermagem e educadoras infantis, formando indivíduos comprometidos com a realidade social. O planejamento da ação contou com o auxílio da docente responsável pela supervisão na prática de estágio neste local, consolidando um dos objetivos da disciplina de apresentar aos acadêmicos de enfermagem modos alternativos de engajamento com os educadores infantis, para além do mero assistencialismo. As propostas de temas e cronograma da atividade foram apresentadas e aprovadas pela coordenação da instituição infantil. A ação obteve agendamento prévio, e transcorreu em reunião no ambulatório de enfermagem utilizando métodos ativos aliada ao método expositivo dialogado e recursos de multimídia como forma de ensino, envolvendo seis educadores infantis, do berçário, maternal, pré escolares,

nos períodos da manhã e tarde. A estratégia de falas para despertar o interesse dos educadores infantis, constitui na utilização da roda de conversa como elemento interativo de ensino e aprendizagem entre acadêmicos e educadores através do desenvolvimento de habilidades da língua falada, socialização de saberes promoção de reflexão voltada para ação. Ao mesmo tempo em que os educadores demonstravam interesses nos conteúdos abordados houve um despertar por parte dos acadêmicos para uma nova visão da realidade na qual a creche está inserida. **Discussão e resultados:** O tema dermatite por fraldas, achado freqüente em bebês, sendo um dos diversos distúrbios cutâneos inflamatórios agudos causados direta ou indiretamente pelo uso de fraldas, devido ao contato prolongado e repetido com irritantes como urina, fezes, sabonetes, detergentes, pomadas, fricção entre outros. Embora na maioria dos casos a urina e as fezes sejam os principais irritantes, os componentes específicos que contribuem com a irritação envolvem uma combinação de fatores. O contato prolongado da pele com a umidade da fralda produz um atrito mais acentuado, dano maior por abrasão, bem como um aumento na permeabilidade da pele e contagens microbianas. Neste enfoque as orientações e cuidados necessários visam à alteração dos fatores indutores da dermatite como umidade, PH e irritantes fecais, atenuados pela troca de fraldas freqüente, a remoção da fralda e exposição da pele ao ar facilita secagem. Em caso de uso de cremes a base de óxido de zinco ou vaselina, evitar remover o material residual, não lavar com muito rigor, pode-se utilizar neste caso óleo mineral, evitar uso de lenços e sabonetes perfumados, ou soluções comerciais, em vigência da pele irritada ou alterada. Apenas utilizar água morna e sabão neutro para remoção de fezes e urina. (COLLET e cols, 2010)

A candidíase oral, micose que atinge a superfície cutânea e/ou membranas mucosas caracteriza-se pela presença de placas brancas não removíveis, semelhantes a coágulos de leite na mucosa da boca, gengivas e língua, podendo se atingir os brônquios, pulmões, trato gastrointestinal, vagina e outros órgãos. De acordo com, Dias (2010), a prevenção associa-se a correta higienização bucal realizada pelos pais, especialmente antes de dormir quando ocorre a diminuição da saliva e incentivo a hábitos saudáveis Os cuidados e orientações consistem em higienizar as mãos ao manusear a criança, evitar compartilhamento de chupetas, segregação, limpeza e ferver as mamadeiras separadamente, bem como aplicar medicação sempre após a alimentação seguido de higiene oral. Como alternativa recomenda-se o uso de limpeza oral com água bicarbonatada.(COLLET e cols, 2010)

A pediculose capilar, infestação por ectoparasitas, comuns na população infantil em idade escolar, tem sido vista ao longo dos séculos como problema de saúde pública, principalmente nos aglomerados populacionais como centros de educação infantil, cuja incidência não tem relação direta com higiene, muito menos com barreiras sociais. (GABINI et al, 2010). Entre as medidas recomendadas não há dúvida que a forma mecânica preventiva, é mais eficaz, ou seja, catação manual com o uso de pente fino (ANDRADE e SANTOS 2008). Alguns cuidados para evitar a disseminação e a recidiva da pediculose, na comunidade incluem: promover limpeza de pentes, escovas de cabelo e acessórios para o cabelo em produtos pediculicidas ou em água fervente; evitar o cuidado físico com crianças infestadas e

seus pertences, especialmente roupas pessoais e de cama; desestimular a troca de itens, entre crianças agrupadas em cuidados diários entre outros. Já a escabiose, doença de pele contagiosa transmitida por compartilhamento de objetos e contato direto com pessoal, tem como principal sintoma o prurido intenso e locais preferenciais de aparecimento em crianças e idosos, o couro cabeludo, e palmas e plantas. Sendo a falta de higiene pessoal e habitacional o facilitador da proliferação dos parasitas, de maneira que os cuidados devem ser estendidos a toda a família e em vigência da suspeita de casos em crianças encaminhamento ao posto de saúde o qual indicará o tratamento ideal para cada caso. **Considerações finais** A atividade evidenciou a experiência educativa como uma proposta para conscientizar educadores infantis a cerca dos problemas de pele e mucosas em crianças, os quais devem ser encarados de forma natural, reconhecido e encaminhado para tratado precocemente evitando desconforto e insegurança as crianças e pais.

Referencias:

ANDRADE, C.F.S.; SANTOS, L.U. **Resistência dos piolhos aos inseticidas químicos, mecânicos, detecção, monitoramento e manejo.** [citado 15 de set 2008] disponível em: <http://www.piolho.org.br>.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B.R.G, VIEIRA, C.S. **Manual de Enfermagem em Pediatria.** Goiania:AB, 2010.

DIAS, J da S. **Saúde Bucal de Crianças Hospitalizadas:** o cuidado das enfermeiras pediatras. Monografia (conclusão de Curso) -Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

FERNANDES, J.D.; MACHADO, M.C.R.; OLIVEIRA, Z.N.P. **Fisiopatologia da Dermatite de Fraldas.**- Parte I. Ann Brasileiro de Dermatologia, 2008, n.83, v.6, p.567-571.

GABINI, F.L.; MAEBARA, C.M.L.;FERRARI, R.A.P. **Pediculose nos Centros de Educação Infantil.** Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem, 2010, abr-jun, n.14, v.2, p.309-317.

HOCKENBERG, M.L. Wong fundamentos de enfermagem pediátrica.7ª edição.Rio de Janeiro: Elsevier,2011.

ESTUDO DE CASO: CHOQUE SÉPTICO

DISNER, J.C; QUADROS, R. M; SHIMBO, A. Y.

HISTÓRICO DO PACIENTE: Nome: S.D.D. Idade: 38 anos Sexo: Masculino
 PA: 100/60 FR: 22 FC: 105 Paciente morador de rua. deu entrada no CMUM Fazendinha com quadro de sépse grave com foco pulmonar, foi transferido para o CMUM CIC, prognóstico de choque séptico. Tratamento inicial com reposição volêmica mas, sem sucesso. Paciente segue em sedação,(dormonid) escala de Ramsay de 5,com VMI via TOT em A/C, VCV, VC: 700 FR: 22, FiO2: 80%, PEEP: 7 e Sens: 0,2. Ausculta cardíaca hiporfonética, rítmica. Ausculta pulmonar com roncos difusos (lado D). Abdomen globoso, flácido, com MV ausentes. SVD com debito de 960 no período, aspecto normal, habito intestinal ausente. # prescrição com descrição de Anasarca.

#Gasometria:

pH: 7,25 Pco2: 36 HCO3: 15,8 PO2: 135 Sat: 82%

PROBLEMAS ENCONTRADOS:

- Falta de infraestrutura.
- Escassez na medicação
- Pouco exames laboratoriais
- Profissionais não qualificados

CHOQUE SÉPTICO

Definições: SIRS: Síndrome da resposta inflamatória sistêmica, acompanhado pelo menos de dois dos seguintes sintomas: T: >38o ou < 36o FC: >90 FR: >20 PaCO2: <32 mmHg Leuc: > 12.000 ou < 4.000 **SÉPSE:** SIRS + foco de infecção. **SÉPSE GRAVE:** SÉPSE + hipoperfusão tecidual e disfunção orgânica, que pode ser caracterizada por acidose láctica, alteração do nível de consciência, oligúria, pressão sistólica < 90. **CHOQUE SÉPTICO:** hipotensão ou hipoperfusão tecidual induzida pela sepse, não responde a volume, com necessidade de administração de agentes vasopressoras. O choque é um distúrbio complexo (ou síndrome), ameaçador à vida caracterizada pelo insuficiente suprimento de sangue para tecidos e células do corpo. O fluxo sanguíneo apresenta-se ameaçado ou interrompido quando houver o comprometimento de um dos seguintes componentes: bomba cardíaca, sistema circulatório e volume sanguíneo. Por isso quando pensamos em choque, temos a diminuição da pressão arterial, hipoperfusão tecidual e a disfunção orgânica. O Choque séptico é o choque distributivo mais comum, que tem como causa a infecção disseminada. Os estados de choque são classificados em três grupos conforme o seu estágio evolutivo. **CHOQUE COMPENSADO:** (Fase I) Nesta fase a pressão pode apresentar níveis aceitáveis, a manutenção do débito cardíaco ocorre por meio da vasoconstrição, aumento da contratibilidade e frequência cardíaca.

O sangue é desviado de órgãos “não essenciais” como pele, rins e trato gastrointestinal, promovendo redistribuição do fluxo sanguíneo e assegurando suprimento adequado para o coração e cérebro. **CHOQUE DESCOMPENSADO:** (Fase II)

Ocorre falência dos mecanismos compensatórios e as disfunções orgânicas tornam-se acentuadas são: cardiovascular, renal, metabólica, pulmonar e neurológica. Neste estágio todos os sistemas orgânicos sofrem hipoperfusão. O coração sobrecarregado torna-se isquêmico, gerando insuficiência cardíaca, mesmo que o choque não seja de origem cardiogênico. O prognóstico do paciente piora. **CHOQUE IRREVERSÍVEL:** Estágio caracterizado pela ausência da resposta cardiovascular à infusão de volume e drogas vasoativas. Os mecanismos de reserva para novos suprimentos foram distribuídos, as reservas de ATP mostram-se esgotados e o metabolismo anaeróbico contribui para a piora da acidose láctica. **FISIOPATOLOGIA:** O reconhecimento precoce do enfermeiro dos diferentes aspectos clínicos relativos à sépsese é de vital importância, não só pelo diagnóstico, mas também para as definições rápidas dos planos terapêuticos. Portanto desta maneira, as primeiras seis horas que encontramos a “hora-ouro”, ações terapêuticas aplicadas neste momento inicial tem uma redução significativa da taxa de mortalidade. Para uma identificação precoce, torna-se necessário para o enfermeiro o entendimento de importantes conceitos. Como: SIRS, SEPSE, SEPSE GRAVE e CHOQUE SÉPTICO. **TRATAMENTO:** O tratamento da sepse, da sepse grave, do choque séptico e da disfunção de múltiplos órgãos e sistemas (DMOS) incluem as manobras de reposição volêmica, a abordagem da infecção, o emprego de corticosteróides, a terapia anticoagulante, o controle glicêmico, o suporte ventilatório e medidas terapêuticas adicionais.

Referências

BATISTA, S.B. et al. **Sépse: atualidades e perspectivas.** Ver. Brás. Ter. intensiva vol.23 São Paulo abr./jun. 2011.

Lucinio NM. Costa AC. D’Arco **Estados de choque.** In: Knobel E. et al. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2006.

VIANA, R.A.P.P. **Sepse para Enfermeiros – As horas de ouro: identificando e cuidando do paciente séptico.** Editora Atheneu, 2009 São Paulo

FIBRILAÇÃO E FLUTTER ATRIAL PREOCUPAÇÕES E PROFILAXIA COM DOENÇAS SECUNDÁRIAS RELACIONADAS AS ARRITMIAS

DIVANIRA FERREIRA DA SILVA

TANIA MARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

JULIANA RODRIGUES

A fibrilação atrial (F.A.) é a arritmia mais freqüente na prática da cardiologia. Os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes estão relacionados à resposta ventricular elevada e ou irregular, e a perda de atividade mecânica atrial. Por apresentar dificuldades terapêuticas, é importante o reconhecimento das formas clínicas com as quais ela se apresenta. A F.A. é dividida em Paroxística (seis meses) e crônica (mais de seis meses). O termo F.A. isolada é utilizado nos pacientes sem evidências clínicas ou laboratoriais de cardiopatia estrutural. As metas do tratamento da F.A. são os alívios dos sintomas, a melhora do desempenho cardíaco e a diminuição do risco de tromboembolismo. Em geral, o tratamento é dirigido à restauração e manutenção do ritmo sinusal e consiste na reversão de arritmia por meio de cardio-versão elétrica ou química na fase aguda. Na impossibilidade de reversão para o ritmo sinusal, o controle da freqüência ventricular, deve utilizar-se drogas que aumentem o grau de bloqueio da junção atrioventricular (digitálicos, B-Bloqueador, Bloqueador de canal de Cálcio), e a prevenção de tromboembolismo com os anticoagulantes. Principais causas da F.A.: Hipertensiva, Reumática, IAM.

A F.A quando assintomática pode promover sinais e sintomas tais como as palpitações, desconforto torácico, sudorese fria, urgência urinária. Em alguns casos, tal qual será apresentado neste estudo de caso, não houve sintomatologia que tivesse justificativa de etiologia cardíaca, sendo acusado tal taquicardia em uma consulta de rotina, para então haver um diagnóstico específico para a conclusão do tratamento sem risco de complicações e recidivas. Um dos exames utilizados, para a elucidação diagnóstica, e o Eletrocardiograma.

PRINCIPAIS PREOCUPAÇÕES NA FA

Além das alterações hemodinâmicas, o risco de embolia sistêmica, provavelmente originária na cavidade atrial esquerda, devido à estase circulatória, é uma importante consideração. A F.A é a cardiopatia mais comum associada com embolia cerebral. Pois devido a sua despolarização totalmente desorganizada, o átrio não faz uma contração efetiva, fazendo assim com que pequenos coágulos se formem na cavidade, e se assim, se despreendendo e entrando na circulação sistêmica, e facilitado a obstrução de vasos.

O Flutter são contrações atriais irregulares e rápidas, causadas por bloqueio na condução do impulso elétrico no átrio direito e uma nova frente de onda que sobe pelo septo interatrial, e desce pela parede livre do átrio direito, ou vice-versa. Diferentemente da FIBRILAÇÃO ATRIAL causada por geração anormal do impulso, o flutter atrial típico é causado por condução

anormal do impulso. Como na fibrilação atrial, os pacientes com flutter atrial não conseguem bombear sangue de modo eficaz nas câmaras inferiores do coração.

A maioria dos pacientes apresenta-se com dispnéia, tonteiras, palpitações ou angina. Como esses pacientes frequentemente são portadores de alguma cardiopatia previa, o FLUTTER pode agir como um fator descompensador da cardiopatia. O embolização não é tão freqüente nos casos de flutter atrial, porém deve-se tomar as mesmas precauções em relação a profilaxia do tromboembolismo.

Desta forma, o estudo apresentado, nos mostra a importância de um diagnóstico prévio, principalmente pela prevenção de doenças secundárias, tais como o AVC, cuja patologia esta diretamente relacionada com os comorbidades das arritmias cardíacas apresentadas acima.

Objetivo: realizar a sistematização da assistência de enfermagem a pacientes portador de arritmias cardíacas.

Metodologia: Estudo de caso, qualitativo, e descritivo. A coleta de dados foi realizada, no Hospital Escola, de referência da Universidade Positivo, em novembro de 2011, tendo como base uma entrevista semi-estruturada, guiado por um roteiro padronizado, disponibilizado pelo orientador do trabalho científico.

Resultados obtidos: R.J.J, 60 anos, sexo masculino, casado, com filhos, católico, aposentado. Deu entrada no P.A., do hospital de referência, com taquicardia de 167bpm e referindo apenas epigastralgia moderada. Veio com encaminhamento de uma clínica particular, no qual estava sob consulta de rotina. Apresentou taquicardia, sem sintomatologia que justificasse tal etiologia. Paciente hipertenso, com uso contínuo de Losartana 50mg, ao dia. Já em observação no P.A, fora realizado exames, tais como, laboratoriais (Enzimas cardíacas) e ECG, tendo como resultado inicial Taquisupra. Devido aos resultados obtidos, houve a necessidade de internação na unidade coronariana, para um melhor controle até a reversão da taquicardia. Já no primeiro dia de internamento, foi realizado uma Ecocardiografia, tendo como laudo final, átrios aumentados, justificando sua patologia e fazendo assim com que sua profilaxia para doenças relacionadas ao tromboembolismo, fosse mais eficaz. Iniciado uso de CLEXANE. Devido a precocidade do diagnóstico, foi necessário para o paciente apenas reversão química, com uso de ANCORON endovenoso, e não necessitando a realização de cardio-versão mecânica, ou seja com uso de choque elétrico.

Antecedentes: Prostectomia há 5 meses antecedentes a sua internação, com sucesso em sua recuperação, e sem complicações.

Exame físico: Apresentava – se em BEG, consciente, comunicativo, deambulação sem restrição e sem auxílio, sem alteração em padrões nutricionais, eliminações fisiológicas normais. Não faz uso de bebidas alcoólicas ou/e nicotina. Refere desconhecer alergias à medicamentos ou a alimentos. Refere apenas dificuldade para dormir devido aos sons propagados pelos aparelhos da unidade coronariana, no qual encontrava-se internado. SSVV estáveis no momento da entrevista, mantendo P.A de 121x70, P.A.M de 68, e FC de 65 bpm.

Pulmão M.V.+ bilateralmente, com estertores crepitantes na base, expansibilidade pulmonar preservada;

Coração: BCRNFSS; Abdome: Simétrico, sem dor á palpação profunda. sem massas palpáveis, RHA+

Pele: íntegra e lisa, apresentava hematoma em MMSS, devido a utilização de cateteres para a punção venosa.

Conclusão

A atuação do enfermeiro frente as arritmias deve ser ampla, principalmente nas situações que exijam conhecimentos teóricos e destreza manual. O profissional deve sempre estar atualizado, e utilizar seu conhecimento para identificar fatores predisponentes, avaliar de maneira cuidadosa a situação presente, e instituir intervenções que previnam complicações secundárias.

Referência

Maia I, Cruz Filho F. Semiótica e roteiro para análise de um traçado eletrocardiográfico com arritmia. In: Maia I. ECG nas arritmias, 1989. Rio de Janeiro, Editora Cultura Médica.

Ribeiro ALP, Abreu, CDG. Antiarrítmicos. In: Rocha, MOC, Pedroso ERP, Fonseca JGM, Silva OA. Terapêutica Clínica, 1998. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

O AVANÇO TECNOLÓGICO E O CUIDADO HUMANIZADO A FAMÍLIA E AO IDOSO NA UTI.

RICARDO ALEXANDRE HENRIQUE¹

SIDNEY DE OLIVEIRA²

MARGARETE FLEITER³

A escolha do tema, humanização ao idoso em terapia intensiva, é fruto de reflexões e experiências em campos de estágios, sobre o modo de como é o cuidado ao idoso nessas unidades. Somado a isso está o fato de a hospitalização representar, para muitos idosos, um momento de fragilidade, insegurança e medo, intensificados quando ocorre em um ambiente de terapia intensiva, sendo que a possibilidade da morte se faz mais presente pela gravidade dos indivíduos, neste setor as rotinas, muitas vezes, são rígidas e inflexíveis. Essas e outras características da UTI fazem com que a referida unidade seja considerada um dos ambientes mais estressantes do hospital, e totalmente diferentes do ambiente residencial do idoso.

Metodologicamente, buscou-se resgatar teoricamente, conceitos e problemas concernentes ao tema, tendo em vista que a pesquisa trata-se de uma revisão bibliográfica, cujo objetivo é identificar, na literatura, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, com relação ao cuidado humanizado, no âmbito hospitalar, especificamente em UTI, local culturalmente desconhecido, incerto e temível aos pacientes e seus familiares. Esta revisão também visa contribuir para a melhoria da assistência ao paciente idoso internado, pois humanizar tem como objetivo aprimorar as relações humanas em todos os níveis de atendimento, levando à melhoria do relacionamento entre equipe de Saúde, Pacientes e Familiares. Seu acolhimento é uma estratégia usada para se obter um melhor atendimento ao paciente, visando estabelecer vínculos de credibilidade e confiança, onde o profissional de saúde deverá assumir uma postura adequada, capaz de atender a todas as necessidades. Este estudo terá uma abordagem de pesquisa qualitativa e revisão bibliográfica em artigos que referenciam o avanço tecnológico e o cuidado humanizado ao idoso em UTI.

Os cuidados de saúde destinados a pacientes idosos têm sido assunto freqüente na literatura durante os últimos anos. O crescimento do número de pessoas com 60 anos ou mais, bem como da expectativa de vida, traduz um aumento nas admissões de pacientes nessa faixa etária nas UTI. Com isso, as comorbidades, a função cognitiva e o estado funcional passam a ser componentes importantes dos cuidados. Vale acrescentar que o processo de mudança de comportamento que idealizamos para a equipe, visando o cuidar mais humanizado, é lento. No

entanto, não se deve desistir ou desacreditar, mas deve-se buscar formas alternativas para a realização do trabalho.

A presente pesquisa tem como objetivo conhecer os avanços tecnológicos disponíveis para manter a vida nas unidades de terapia intensiva e o cuidado humanizado ao idoso, em forma de revisão bibliográfica de artigos já publicados sobre humanização a família e ao idoso internado em UTI, também Estudar sobre a evolução tecnológica e a humanização ao idoso em UTI e refletir sobre o cuidado diferenciado ao idoso em UTI, cujo foco central está nas tecnologias de cuidado.

Decorrente do processo de envelhecimento o número de doenças crônicas degenerativas vem aumentando, tendo como conseqüência quadros de desestabilização orgânica que levam à necessidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva, UTI, para atender as demandas desses doentes. Sendo a UTI um local para tratamento de pacientes graves com prognóstico de vida que precisam de cuidados especializados por um determinado período, a admissão de pacientes idosos em UTIs é, em alguns centros, considerada critério para a recusa desses doentes na Unidade. No contexto literário, não existe consenso sobre a questão de investir ou não em pacientes idosos particularmente quando requerem internação nas UTIs.

A humanização em UTI é um tema controverso, pois por ser muito abrangente, engloba vários fatores relacionados aos indivíduos e suas necessidades pessoais, a maneira de ver as coisas, a assistência humanizada ao paciente e a família do paciente implica em compreender o processo de mudanças fisiológicas, emocionais e sociais que ocorre quando acontece a admissão de uma pessoa internado na UTI.

A equipe de Saúde deve estar capacitada para prestar os cuidados tecnológicos que contemplem as necessidades de cada indivíduo, o cuidado será humanizado se houver cumplicidade entre os clientes idosos e os profissionais em defesa da vida e da qualidade da assistência, com a utilização daquilo que de melhor a tecnologia em saúde nos oferece: o nosso saber, o nosso conhecimento, a nossa relação com o outro. A enfermagem encontra dificuldades entre acompanhar o avanço tecnológico existente e transformar seu fazer técnico em uma arte humanizada, entrando, assim na vivência do outro, um grande problema para a família das pessoas com doentes idosos internados na UTI, este avanço tecnológico em favor da vida muitas vezes é interpretado como maus tratos.

A integralidade visa ações que respondam às demandas e necessidades da população, nos diferentes níveis de atenção e complexidade. As UTIs são centros preparados para atender pacientes graves ou potencialmente graves que necessitem de assistência especializada e contínua. Com o envelhecimento populacional, a demanda por leitos de unidades de terapia intensiva tem sido crescente entre os idosos. A enfermagem se depara com a dificuldade entre acompanhar o avanço tecnológico existente e transformar seu fazer técnico em uma arte humanizada, entrando, assim, na vivência do outro, um grande problema para a família das pessoas com doentes idosos internados na UTI, este avanço tecnológico em favor da vida muitas vezes é interpretado como maus tratos. Devido a estes fatores acredito

que possamos atender também a família do paciente esclarecendo suas dúvidas e amenizando a angústia e o medo da morte que os familiares tem quando um parente seu esta internado na UTI.

Sendo assim, é possível concluir que a busca pela melhoria da qualidade da assistência na UTI ocorre por meio do cuidado humanístico, atendendo às necessidades físicas e não físicas. Apesar dos aspectos científicos e aparatos tecnológicos serem importantes, o paciente precisa sentir que, muito mais do que a técnica, existe a compaixão, o respeito, o companheirismo e a sabedoria. Observa-se, por conseguinte, a necessidade urgente de se desenvolver propostas educativas para os trabalhadores de saúde, em particular para os que desenvolvem seu trabalho no cenário das UTIs, pois novas modalidades de assistência vão ganhando relevância, em particular o cuidado gerontológico, em virtude de sua significância na saúde pública mundial, requerendo, para tanto, novas competências profissionais para atender essa demanda, propondo transformações e desafios necessários a serem “enfrentados por quem luta pela saúde como bem público e pelo trabalho em saúde como tecnologia a serviço da vida individual e coletiva” Acreditamos na importância de desenvolver, com os trabalhadores de saúde, tecnologias para aprimorar o cuidado prestado ao idoso hospitalizado em UTI.

Palavras-Chaves: Cuidado; unidade de terapia intensiva; idoso; integralidade.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALVAREZ, A. **Tendo que cuidar:** a vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. Florianópolis: UFSC, 2001.

AZOULAY, E; POCHARD, F; CHEVRET, S; VINSONNEAU, C; GARROUESTE, M. Compliance with triage to intensive care recommendations. In: **Crit Care Med**, nº29, 2001. p.2132-136.

BARRETO, S; et al. **Rotinas em terapia intensiva.** 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.

BRASIL. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741/03. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm> Acesso em: 22 de junho de 2011.

BRASIL, Lei nº 8842/1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos.htm>> Acesso em: 20 de agosto de 2002.

CARSON, S; et al. Outcomes after long-term acute care. In: **An Analisis of 133 mechanically ventilated patients**, 1999, p.1568-1573.

DUARTE, Y; DIOGO, M. **Atendimento domiciliar:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

HAMEL, M; TENO, J; GOLDMAN, L; LYNN, J; DAVIS, R. Patient age and decisions to withhold life-sustaining treatments from seriously ill, hospitalized adults. In: **Ann Intern Med**, nº130, 1999. p.116-125.

- HUBBARD, R. et al. Absence of ageism in access to critical care: a cross-sectional study. In: **Age Ageing**, nº32, 2003; p.382-387.
- KALACHE, A; VERAS, R; RAMOS, L. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. In: **Revista Saúde Pública**, nº21, 1987. p.200-210.
- LEMESHOW, S; SAULNIER, F; A new Simplified acute Physiology score: Based on a European/North American multicenter study. In: **JAMA**, nº270, 1993. p.2957-2963.
- MERHY, E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. et al. (org.). **Práxis em Salud**: un desafío para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 71-150.
- MERHY, E. O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde. In: Fleury S organizadora. **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997b. p. 125-142.
- MERHY, E. **Saúde e cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec; 2002.
- ORLANDO, J. **UTI muito além da Técnica**: a humanização e a arte do intensivismo. São Paulo: Atheneu; 2001.
- PEDREIRA, L; LOPES, R; OLIVEIRA; C. Importância da capacitação de recursos humanos para o cuidado ao idoso na UTI. In: **Revista Nursing**, nº70, 2003. p.21-24.
- PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde In: LEOPARDI, M. (org.). **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa, 1999.
- QUEIJO, A; et al. Instrumento de medida da carga de trabalho de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score. In: **Revista Paul Enfermagem**, nº23, 2004. p.114-122.
- SITTA, M; et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2002. p.740-743.
- TELLES, S. Custos de pessoal na assistência direta de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Tese de Doutorado** (Curso de Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2003.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO MANEJO DO PACIENTE COM CHOQUE. SÉPTICO

ANA PAULA HERRERA DE FRANÇA¹, KAUANE CRISTINE VIEIRA GODZIKOW¹, STEPHANIE FERREIRA DE FARIAS¹, THIAGO CRISTEL TRUPPEL².

INTRODUÇÃO:

O choque circulatório faz parte da via final, comum de inúmeras doenças fatais, contribuindo, portanto, para milhões de mortes em todo o mundo. Trata-se de uma síndrome clínica, caracterizada pela incapacidade do sistema circulatório em fornecer oxigênio e nutrientes aos tecidos, de forma a atender suas necessidades metabólicas. O quadro clínico caracterizado por sinais de inflamação sistêmica recebe o nome de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (sirs). Caracteriza-se pelos seguintes critérios: temperatura acima de 38° c ou abaixo de 36°, frequência cardíaca acima de 90 bpm, frequência respiratória acima de 20 rpm ou paco₂ abaixo de 32 mmhg. Leucócitos acima de 12.000/mm³ ou de 4.000/003 ou acima de 10% de bastonetes. Caso a sirs tenha como causa uma infecção, estaremos diante da condição denominada sepse. Quando a sepse é acompanhada por disfunção de um ou mais órgãos temos a sepse grave. (truppel, 2011). Choque séptico se caracteriza por hipotensão ou hipoperfusão induzindo pela sepse, refratária á ressuscitação volêmica adequada e com subsequente necessidade de administração de agente vasopressores. Considera-se hipotensão arterial uma pressão arterial sistólica inferior a 90 mmhg ou queda na pressão sistólica maior que 40 mmhg em pacientes previamente hipertensos. (knobel, 2006). A avaliação clínica do estado de choque é essencial para o enfermeiro, assim como interpretar os parâmetros hemodinâmicos e de oxigenação no estado de choque séptico. Diante do exposto, levanta-se a seguinte questão norteadora: qual o papel do enfermeiro no manejo do choque séptico?

OBJETIVO:

Descrever o papel do enfermeiro no manejo do choque séptico.

METODOLOGIA:

Trata-se de estudo de caso realizada durante o mês de outubro de 2011. Foi utilizado como fonte de pesquisa livros, textos retirados de curso online e artigos do scientific electronic library online - scielo brasil. Após a busca, os livros, os textos e artigos foram lidos e feito uma análise sobre os principais cuidados para o caso de choque séptico.

RESULTADOS:

R.O.S, 42 anos, brasileiro, casado, natural de Curitiba-PR, 2º grau completo admitido na UTI por insuficiência respiratória e dor torácica intensa. Paciente possui mieloma múltiplo. Três dias antes da internação começou a fazer quimioterapia. Internou dia 15/09. Evoluindo para um rebaixamento de nível de consciência, insaturando, sendo transferido após 18 dias de internação para a UTI geral com um quadro de insuficiência respiratória onde precisou ser intubado, necessitando de ventilação mecânica. Em seu 2º dia de internação com o quadro clínico de insuficiência respiratória, bpm evoluindo para sara e choque séptico. Ao exame físico apresentou-se hipocorado, acianótico em ventilação mecânica com modalidade vcv (ventilação ciclada por volume) via traqueostomia. Pupilas isocóricas, com tamanho e formato normais, fotorreagentes. Tórax simétrico, ausculta pulmonar com roncos em bases e ápices, murmúrios vesicular diminuído. Abdômen flácido com rha+. Pele íntegra, sem presença ou sinal de úlceras de decúbito. Presença de acesso venoso central em subclávia direita, acesso em artéria femoral e bolsa pressurizadora para monitorização da PAM, acessos em boas condições com sinais flogísticos ausentes. Dieta via sonda nasoenteral. Eliminações fisiológicas presentes, débito urinário controlado em sonda vesical de demora com balanço hídrico positivo. Sedado. Escala de Ramsay 5. Sinais vitais: PA: 100/49 mmHg; FC: 119 bpm; T: 38,0°C; FR: 20. Exames: creatinina: 1,50; hemoglobina: 10,9; leucócitos: 13.980. Gasometria: pH: 7,37; pCO₂: 42; O₂: 99; HCO₃: 24,3; SO₂: 97%. Paciente na última gasometria apresentava uma alcalose metabólica com tentativa de compensação. Ventilador: hiperóxia O₂ saturação e boa ventilação, com um pCO₂ de 45; O₂: 40; PEEP: 5, VT: oscilando entre 219, 228, 379; pressão de suporte: 18 para 10; FR: 27rpm. Paciente em modalidade respiratória Psv (pressão de suporte), ou seja a paciente faz todos os disparos, apenas com uma ajuda do ventilador, ela que faz o volume e a frequência respiratória. Nesta modalidade a pressão de suporte mínima é de 7. Paciente com parâmetros mínimos para atingir o desmame, pela manhã fazendo uso de nevoa, reagindo bem, não apresentando sinais de desconforto respiratório (sem uso de musculatura acessória, ausência de cianose, sudorese, batimentos de asas nasais, boa saturação). Um dos quesitos para atingir o desmame além da “estratégia” é ver se o paciente tolera em nevoa com boas condições por no mínimo 30 minutos.

DISCUSSÃO DO CASO:

Paciente com histórico de doença neoplásica, ou seja, imunodeprimido, com maior facilidade de contrair doenças e infecções. A complicação de sua internação foi o rebaixamento do nível de consciência a ponto de chegar a intubação. Uma das causas desse rebaixamento do nível de consciência, relacionado com a IRC agudizada pode ter sido um edema agudo de pulmão (acúmulo anormal de líquido nos pulmões por hipertensão venocapilar pulmonar). Ou pelo choque séptico. Acreditamos que o paciente já veio de casa com a infecção do trato respiratório evoluindo para o choque séptico. O paciente estava em antibioticoterapia e com reposição de volume (sf 0,9%). Podemos classificar nosso paciente como hemodinamicamente instável (em tratamento, mas não mantendo parâmetros de oxigenação normais). O raio-x de tórax nos mostra que ele tem uma área cardíaca prejudicada, com ectasia difusa de aorta, o que torna a monitorização hemodinâmica mais importante ainda. Processo de enfermagem: diagnósticos e prescrições: choque séptico: monitorizar os sintomas de infecção = temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, hemograma. Manter paciente em isolamento. Monitorar débito urinário. Monitorizar pam e pvc; como método e controle hemodinâmico. Para detectar precocemente a decompensação da volemia, que um paciente crítico facilmente desenvolve. Manter o zero do transdutor ao nível da linha axilar média. Utilizar a solução sf 0,9% - 500 ml + heparina 0,5 ml na bolsa pressurizadora e trocar a solução a cada 24 horas. Observar sinais flogísticos peri-cateter no primeiro dia: realizar curativo peri-cateter com gaze e soro fisiológico. Segundo dia: se não houver sangramento, realizar o curativo com filme transparente (tegaderm®), retirando-o se apresentar sangramento e manter o curativo com gaze e micropore. Realizar curativo peri-cateter com gaze e soro fisiológico. Segundo dia: se não houver sangramento, realizar o curativo com filme transparente (tegaderm®), retirando-o se apresentar sangramento e manter o curativo com gaze e micropore®. Zerar o pam ao nível da linha axilar média com o paciente em decúbito DORSAL horizontal. Se o paciente não tolerar o decúbito dorsal horizontal, realizar as medidas a 20°. Retirar as bolhas de ar do sistema. Usar de técnica asséptica para manipulação do sistema. Verificar tempo de permanência do cateter: máximo de 96 horas. Monitorizar circulação do membro cateterizado através da avaliação da cor, enchimento capilar e presença de pulso e gradiente térmico, deixando expostos os dedos do membro para controle da perfusão local. Trocar a cada 72 horas e se necessário, o kit de transdutor de pressão invasiva e datar. Manter infusão de sf 0,9% 500 ml + heparina 0,5 ml, na bolsa pressurizadora e trocar a cada 24 horas. Retirar o cateter se apresentar hematoma, edema, dor local ou diminuição da perfusão. Registrar os valores da pam de hora em hora nos pacientes instáveis e a cada duas horas em pacientes estáveis. Manter permeabilidade do cateter através do fluxo contínuo de solução heparinizada, mantendo a bolsa pressurizadora com 300 mmhg de pressão. Risco de integridade da pele prejudicada: realizar mudança de

decúbito de duas em duas horas. Colocar paciente em coxins e se possível colchão de ar. Hidratar pele da paciente a cada banho. Manter leito seco e limpo. Risco de infecção: manter boa higiene bucal com antissépticos. Realizar aspiração das vias aéreas inferiores via traqueostomia quando necessário. Ficar atento a validade das sondas e cateteres e realizar trocas necessárias. Padrão renal alterado: controlar balanço hídrico diário. Controlar índices de cálcio, sódio e potássio. Monitorar níveis de pré-carga – pvc. Ventilação espontânea prejudicada: monitorar parâmetros respiratórios. Adequar parâmetros respiratórios do ventilador de acordo com as necessidades do paciente. Observar posicionamento o tubo/traqueostomia. Manter higiene bucal adequada. Avaliar gasometria arterial. Conclusão: no Brasil, estudos epidemiológicos sobre sepse são escassos. O estudo bases (Brazilian sepsis epidemiological study), desenvolvido em cinco UTI dos estados de São Paulo e Santa Catarina, mostrou uma incidência de sepse, sepse grave e choque séptico de 46,9%, 27,3% e 23%, respectivamente. A mortalidade nestes pacientes foi 33,9%, 46,9% e 52,2%, respectivamente. Posteriormente, um estudo epidemiológico multicêntrico em 75 UTI de todas as regiões do Brasil avaliou a incidência de sepse. Em uma população de 3.128 pacientes, 16,7% apresentaram sepse, com uma mortalidade geral de 46,6%. Quando discriminados em sepse, sepse grave e choque séptico, a incidência foi 19,6%, 29,6% e 50,8% e a mortalidade foi 16,7%, 34,4% e 65,3%, respectivamente. Outro estudo realizado na região sul do Brasil em pacientes com choque séptico. Admitidos em UTI, durante os anos de 2003 e 2004, mostrou incidência de 30% e mortalidade de 66,5%. Os resultados dos estudos realizados no Brasil apontam para uma mortalidade superior à encontrada em outros países, fato que necessita de uma avaliação mais aprofundada. Percebe-se que o enfermeiro tem papel crucial ao manejo do paciente com choque séptico, visto que a monitorização é imprescindível para a detecção e tratamento precoce dos estados de choque.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Truppel, t.c. estados de choque e monitorização hemodinâmica. Curso a distância. Instituto base de conteúdos e tecnologias educacionais Ltda. Online.

Knobel. E. Condutas no paciente grave. 3. Ed. São Paulo: editora Atheneu, 2006.

terapia intensiva – o essencial, Marini J.J. e Wheeler A.P., 2ª edição – 1999.

Cipe versão 2: classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2.0/ comitê internacional de enfermeiros. São Paulo: Algor editora, 2011.

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewfile/4>
acesso em 24/11/2011.

716/4285

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA – UM ESTUDO DE CASO

CAMILA B. SIELSKI¹, BRUNO C. MARTINS¹, JULIANA RODRIGUES²

INTRODUÇÃO

A trombose venosa profunda aguda é uma oclusão parcial ou profunda de uma veia profunda por trombo com inflamação primária ou secundária da parede do vaso. A trombose venosa profunda (tvp) dos membros inferiores nos traz grande preocupação, seja por sua incidência ou por suas sequelas, umas delas o tromboembolismo pulmonar (tep), ou pela hipertensão venosa crônica que pode provocar. Por não ser diagnosticada na maioria das vezes na fase aguda, pode ocorrer morte súbita por embolismo pulmonar. A tvp costuma ocorrer no pós – operatório de cirurgias de grande porte e em poli traumatizados graças ao aumento dos fatores de coagulação. Pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas, em especial artroplastia do joelho e quadril, apresentam alta incidência de tvp. Tumores malignos, idade avançada, insuficiência cardíaca, história previa de tvp e obesidades também são considerados fatores para doença tromboembólica.

as principais causas de oclusões venosas são doenças hematológicas decorrentes de alterações dos mecanismos de coagulação sanguínea.

a história clinica deve ser realizada cuidadosamente para identificação dos possíveis fatores predisponentes e desencadeadores da tvp, embora muitas vezes possa ocorrer sem nenhuma causa aparente. O paciente pode apresentar sintomas gerais como febre, mal-estar, taquipnéia, taquicardia. Os sinais e sintomas dependem do grau, localização e extensão da lesão. O sintoma mais comum é a dor na panturrilha, coxa ou na região inguinal que pode não ser significativa e descrita pelo paciente de pequena intensidade, às vezes em forma de câimbras ou sensação de peso na perna ou coxa. O sinal mais característico, porém não específico de trombose venosa de panturrilha, é a dorsiflexão dos pés causada pela irritabilidade dos músculos sóleo e gastrocnêmio, sinal conhecido como sinal de homans. Outro agravo que contribui para o desenvolvimento da trombose é a arritmia. A arritmia cardíaca é um distúrbio na frequência ou ritmo cardíaco regular devido a alteração na condução elétrica ou na automaticidade. As arritmias podem surgir no nódulo sinoatrial, ou em qualquer ponto no átrio ou nos ventrículos, algumas arritmias podem ser benignas ou assintomáticas, enquanto outras impõem risco de vida. As arritmias podem ser detectadas por alterações no pulso, anormalidade na ausculta da frequência cardíaca ou anormalidades no ecg. A monitoração cardíaca contínua é indicada para arritmias que podem levar a risco de vida.

outra patologia apresentada pela paciente é diabetes mellitus tipo ii é um distúrbio metabólico que é caracterizado por resistência à insulina, e relativo déficit de insulina e hiperglicemia. O distúrbio envolve o metabolismo da glicose, das gorduras e das proteínas e tem graves consequências tanto quando surge rapidamente como quando se instala lentamente.

a diabetes mellitus tipo ii, é provocada predominantemente por um estado de

resistência à ação da insulina associado a uma relativa deficiência de sua secreção. O principal motivo de resistência a ação da insulina, é a obesidade, que está presente na maioria dos pacientes.

Nos dias atuais se constitui em problema de saúde pública pelo número de pessoas que apresentam a doença, principalmente no Brasil. O hipotireoidismo também teve destaque no quadro clínico da paciente devido ao leve sobrepeso, que é uma das manifestações clínicas do hipotireoidismo. Esta é uma condição que se origina de quantidades inadequadas do hormônio tireoidiano na corrente sanguínea. O hipotireoidismo primário é a forma mais comum dessa afecção. Em geral é causado por doença autoimune, uso de iodo radioativo, destruição, supressão ou remoção de todo o tecido da tireóide através de tireoidectomia, deficiência dietética de iodo, tireoidite subaguda, terapia com lítio e tratamento excessivo com agentes antitireoidianos. O hipotireoidismo secundário é causado pela secreção inadequada de TSH em consequência de doença da hipófise. Essa secreção inadequada leva a uma redução geral de todos os processos físicos e mentais, a atividade metabólica de todas as células do organismo diminui, reduzindo o consumo de oxigênio e assim diminuindo a oxidação de nutrientes para produção de energia e resultando em menos calor corporal.

Os sinais e sintomas do distúrbio incluem desde queixas vagas e inespecíficas, que podem tornar o diagnóstico difícil, até os sintomas graves, que podem comportar risco de vida, quando não identificados e tratados.

Objetivo

aplicar a metodologia da assistência de enfermagem em paciente com trombose venosa profunda conforme fundamentação da Cipe.

Metodologia

- estudo descritivo, com uma abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso.
- a coleta de dados foi realizada em um hospital escola em Curitiba-PR, em novembro de 2011 por meio de uma entrevista semiestruturada guiada por um roteiro de investigação admissional de enfermagem.

Resultados

M. J. S., 79 anos, feminino, natural de Santa Catarina, hoje residente em Guaratuba. Teve seis filhos, sendo uma delas hoje sua acompanhante na enfermaria do hospital, e também quem a acolhe em sua casa. Veio até Curitiba devido a um incômodo no pé esquerdo e ficou internada quando o diagnóstico de trombose foi comprovado.

do lar e pensionista tem hoje como sua maior reclamação a dificuldade de caminhar e fazer seus passeios de bicicleta como sempre faz. Desde nova teve complicações no rim, possui apenas 17% de função no rim esquerdo e 60% no rim direito, devido a este fato ingere mais de dois litros de água por dia. Também tem um cuidado extra com sua alimentação, pois a partir dos 55 anos de idade desenvolveu diabetes mellitus do tipo ii, e com o quadro de hipertensão também tem um cuidado elevado ao consumo de sal. Também apresenta arritmia e hipotireoidismo.

A paciente faz uso dos seguintes medicamentos, ácido acetilsalicílico (aas) da classe dos antiagregantes plaquetários, plavix (clopidogrel) também um antiagregante plaquetário, seloken (tartarato de metoprolol) anti-hipertensivo betabloqueador, rasilez (alisquireno) hipotensor arterial inibidor da renina, diovan hct (valsartano) hipotensor arterial, antagonista dos receptores de angiotensina ii, lasix (furosemida) diurético depletor de potássio, diurético de alça. Crestor (rosuvastatina) antipilêmico, estatina. Anlo (besilato de anlodipino) para tratamento de hipertensão arterial e angina do peito, e euthyrox (levotiroxina sódica) uso para complementação ou reposição da secreção tireoidiana e supressão da secreção de tsh. Fumou por 17 anos e está sem fumar há 43 anos. Afirma nunca ter consumido álcool ou drogas. Sinais vitais estáveis e boa integridade ao exame físico, assim como sua apresentava higiene satisfatória. A ausculta pulmonar pode-se ouvir roncos em base direita, mas sem presença de tosse ou expectoração. Sua mobilidade apresenta-se um pouco alterada devido a um problema de artrose, e seu pé dói a uma nota sete na escala de dor por consequência da trombose. O pé esquerdo apresenta-se um pouco edemaciado, vermelho e muito sensível. Apesar de várias complicações não vê a hora de voltar para sua casa, diz que adoraria dar uma volta à beira mar e sentir a brisa em seu rosto, pois isso segundo ela faz sentir-se mais nova e mais viva.

Diagnósticos e cuidados de enfermagem

com base nos dados da anamnese e exame físico, os principais diagnósticos de enfermagem encontrados foram:

- dor intensa em mie, devido à trombose. Administrar medicação e encaminhar para serviço de fisioterapia.
- dificuldade para caminhar. Realizar curativo em forma de bota, promover repouso com mmii elevados, e incentivar a técnica de deambulação.
- sistema urinário comprometido, explicar ao paciente a necessidade de continuar com a ingestão de líquidos.
- ruído no pulmão d, porém sem tosse ou expectoração, auscultar com frequência para ver se há desenvolvimento.
- hipotireoidismo, os cuidados básicos envolvem a ingestão de líquidos, alimentos ricos em fibras e incentivar uma maior mobilidade dentro da tolerância da paciente ao exercício.
- arritmia, monitorar sinais vitais com frequência e observar comportamento da paciente.

- diabetes mellitus ii, monitorar glicemia, ensinar técnica de injeção subcutânea e orientar para o planejamento de refeições.

Conclusão

a responsabilidade do enfermeiro é proporcionar o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade, de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe atividades de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde. Será ele quem irá buscar soluções de conforto e melhora para o paciente com trombose e outras doenças. O estudante deve reconhecer a importância deste aprendizado para em sua vida profissional utilizar as etapas do processo da sae e contribuir para uma melhora significativa tanto do paciente como de sua própria assistência.

Referências

1. Lopes, antônio carlos. Tratado de clínica médica. Segunda edição, 2009. P. 707- 712.
2. Nettina, sandra m.. Brunner prática de enfermagem. Tradução antonio francisco dieb paulo, patricia lydie voeux, roxane gomes dos santos jacobson. Rio de janeiro guanabara koogan, 2007. Oitava edição. Volume um; p. 405 – 412. 419 – 420 volume dois; p. 861 – 863. 883 – 906.
3. Cipe - versão 1: classificação internacional para a prática de enfermagem. Comitê internacional de enfermagem. Tradução heimar de fatima marin. São paulo; algol editora, 2007.

CUIDADOS E ORIENTAÇÃO À PACIENTES COLOSTOMIZADOS: UM ESTUDO DE CASO.

Ana Paula A. Vieira¹, Gabriela H. Zambaldi¹, Patricia s. De Mattos¹, Juliana Rodrigues²

INTRODUÇÃO

Estudo de caso realizado no hospital cruz vermelha em curitiba-pr que analisou em todas as suas etapas um procedimento cirúrgico onde se faz uma abertura no abdome (estoma) para a drenagem de fezes provenientes do intestino grosso (cólon). É feito geralmente após a ressecção intestinal. Ela pode ser temporária ou permanente. A palavra ostomia é um termo genérico, usado para orifícios no corpo; seu uso refere-se ao orifício criado para excreção de resíduos do corpo. Uma colostomia permite que fezes formadas saiam do corpo pelo estoma e sejam eliminadas. O paciente com colostomia pode consultar se com um enfermeiro especialista conhecido como estomaterapeuta.

OBJETIVO

Descrever a importância do cuidado e orientação ao paciente e familiares de colostomizados.

METODOLOGIA

Estudo descritivo com uma abordagem qualitativo do tipo de estudo de caso, com a coleta de dados sendo realizado no hospital cruz vermelha no dia 09/11/11.

RESULTADOS

Id: jlr, 52 anos, casado, 3 filhos, segurança, espírita, natural de paranavaí, mora em curitiba.

Qp: reversão de colostomia.

Hma: internado no hospital do cruz vermelha no dia 9 de novembro de 2011 para reversão de colostomia no colo descendente em 10/11/2011.

Hmp: de acordo com os registros no prontuário eletrônico em 9 de setembro de 2010 procurou o serviço médico ao qual relatou não evacuar há 15 dias, dor abdominal, ruídos hidroaéreos presentes, abdome globoso, timpânico a percussão do lado esquerdo e maciço do lado direito, dor a palpação em fossa ilíaca esquerda. Apresentou progressiva diminuição de eliminações de flatos. Fez uso de medicação, óleo mineral, buscopan e luftal. Após avaliação foi diagnosticado suboclusão intestinal e neoplasia interrogada. Em outubro de 2010, paciente internou para ressecção de tumor intestinal em colo descendente em outro serviço hospitalar. Após cirurgia permaneceu com bolsa de colostomia até a internação atual. O paciente com

ostomia precisa de apoio físico e psicológico antes e após operações. Esse apoio pode vir de pessoas significativas para o paciente, membros da equipe de saúde e indivíduos que tiveram experiências similares. A ostomia requer cuidado físico específico, pelo qual o enfermeiro é inicialmente responsável. As diretrizes a seguir ajudam a promover o conforto físico e psicológico do paciente com ostomia

Prescrição de enfermagem

- manter o paciente o mais livre possível de odores. A aplicação de um dispositivo temporário após a cirurgia ou durante o tempo da primeira troca pós-operatório de curativo pode eliminar muito odor fecal de um curativo volumoso. O dispositivo da ostomia deve ser esvaziado com frequência.
- inspecionar o estoma do paciente com regularidade. A cor deve ser rosa- escuro a vermelho, e ele deve estar úmido. Um estoma de cor mais amanhecida pode indicar anemia. Se for azul-escuro ou azul púrpura, pode refletir circulação comprometida ou isquemia. Sangramento em torno do estoma e de sua base deve ser mínimo. O médico deve ser imediatamente notificado se o sangramento persistir ou se for excessivo, ou ainda, mudança na cor do estoma.
- observar o tamanho do estoma que costuma se estabilizar em 6 a 8 semanas. A maioria dos estomas projeta-se de 1,25 a 2,5 cm a partir da superfície abdominal, e eles podem, inicialmente, parecer inchados e edemaciados. Após seis semanas, o edema geralmente diminui. Se houver curativo abdominal, verificá-lo com frequência quanto a drenagem e sangramento.
- manter a pele à volta do local do estoma (área periestomal) limpa e seca. Se não for tomado cuidado para proteger esta região, pode ocorrer irritação ou infecção. Um dispositivo com vazamento costuma causar fissuras na pele. Infecções por cândida ou levedura também podem ocorrer ao redor do estoma se a área não for mantida s eca.
- medir a ingestão e a eliminação de líquidos. Verificar os dispositivos de ostomia quanto a qualidade e a quantidade de secreções. Registrar a ingestão e a eliminação a cada quatro horas, durante os primeiros três dias após a cirurgia.
- se a eliminação do paciente diminuir enquanto a ingestão permanecer estável, a condição deve ser prontamente comunicada.
- explicar cada aspecto do cuidado ao paciente e o seu papel ao iniciar o autocuidado. O ensino é um dos aspectos mais importantes do cuidado da colostomia e deve incluir os membros da família, quando apropriado.
- encorajar o paciente a participar do cuidado e a olhar para a ostomia.

O paciente normalmente tem depressão emocional durante o período pós- operatório inicial. Mudança do dispositivo de ostomia o dispositivo de ostomia deve proteger a pele, coletar a secreção fecal e controlar o odor. Em geral, uma colostomia somente produz secreção quanto o retorno do peristaltismo, o que

costuma se dar em 2 a 5 dias. Uma ileostomia drena em 24 a 48 horas, devido aos conteúdos líquidos no intestino delgado. Nos primeiros dias após a cirurgia, a maioria dos pacientes usa um dispositivo ou bolsa aberto-fechados que permitem a drenagem do material fecal sem sua remoção. A pele possui uma barreira aderente que protege o entorno contra o material eliminado pelo estoma. Os dispositivos podem ter uma só peça (a barreira já conectada a bolsa) ou duas (bolsa separada que se prende à barreira). Os dispositivos podem ser drenáveis ou fechados. Uma bolsa capaz de ser drenada é esvaziada quando tem um terço cheio, sendo substituída a cada 3 a 7 dias. Bolsas passíveis de drenagem são limpas enxaguando-se seu interior com água morna e esfregando-se quase 5 cm inferiores com lenço de papel, para remover material fecal. As que não podem ser drenadas requerem a retirada e a troca quando estiverem cheias pela metade. Para a troca da bolsa:

- esvaziar o dispositivo parcialmente cheio em uma comadre se for passível de drenagem.
- de forma lenta, retirar o dispositivo, começando na porção superior enquanto mantêm a pele abdominal esticada. Se alguma resistência for sentida, utilizar água morna ou o solvente para material aderente, para facilitar a remoção.
- colocar a bolsa descartável no saco plástico.
- utilizar papel higiênico para remover excesso de fezes do estoma. Cobrir o estoma com compressa e gaze. Lavar delicadamente secar de leve a pele da região periestomal. Sabão neutro e suave ou um agente limpador podem ser utilizados de acordo com a política da instituição.
- avaliar a aparência da pele periestomal e do estoma. Aplicar a barreira para a pele e o dispositivo juntos. Selecionar o tamanho do orifício do estoma, utilizando o guia de medida.
- traçar o mesmo tamanho de círculo na parte de trás e no centro da barreira para a pele.
- utilizar tesouras para fazer uma abertura de 0,63 a 0,31cm maior do que o estoma.
- remover a camada de trás para expor o lado adesivo. Remover a gaze que cobre o estoma.
- afrouxar a barreira e a bolsa sobre o estoma e pressionar suavemente na pele, enquanto alisa dobras ou rugas. Segurar a bolsa no lugar por cinco minutos.
- fechar bolsa se for drenável, dobrando a extremidade para cima e usando um grampo ou clipe.
- planejar drenar a bolsa quando ela estiver de um terço à metade cheia. Remover o grampo e dobrar a extremidade da bolsa para cima, como um punho.
- esvaziar o conteúdo em comadre ou vaso sanitário. Enxaguar a bolsa com água morna ou misturada com um gota de líquido para limpeza bucal, administrado em recipiente plástico que possa ser comprimido.
- limpar os 5 cm inferiores da bolsa com papel higiênico. Desdobrar a borda da bolsa e aplicar o clipe ou o grampo.
- retirar o equipamento utilizado de acordo com a política da instituição. Remover luvas e fazer a higiene das mãos.
- documentar a aparência do estoma, a condição da pele da região em torno, as características da drenagem (quantidade, cor, consistência, odor abdominal) e a reação do paciente ao

procedimento.

Impacto da alimentação nas ostomias

Alimentos que podem ser consumidos com moderação por uma pessoa que tem uma colostomia:

- alimentos que podem aumentar o odor: alho, aspargo, brócolis, cebola, couve-de-bruxelas, couve-flor, ovos, peixes, repolho.
- alimentos e bebidas que podem aumentar o gases: bebidas carbonatadas, brócolis, cerveja, cogumelos, ervilhas, espinafre, feijão milho, pepino, repolho
- alimentos e bebidas que podem causar fezes soltas: ameixa, broccolis, cerveja ou outra bebida alcoólica, condimentos, espinafres, frutas secas, suco de uva, vagem.

CONCLUSÃO

O impacto na melhora da qualidade de vida e evolução do paciente colostomizado, quando bem orientados sobre os cuidados e as alterações em sua vida e implicações no dia-dia de seus familiares, ratificam a importância dessa tarefa quando bem exercida pelo enfermeiro no processo.

Contribuições

Referente ao estudo de caso do procedimento de colostomia foi possível aprender sobre o procedimento. Cuidar exige preparação dos pacientes para o convívio com a colostomia o que torna um desafio para

Os profissionais de saúde.

REFERENCIAS

perry potter, fundamentos de enfermagem.

ACOMPANHAMENTO DO ENFERMEIRO NAS OCORRÊNCIAS E AGRAVOS À SAÚDE INFANTIL NA CRECHE.

Daniel Barbosa da Silva¹, Giuliano Marcos Testa¹, M^a Elisa B. Do Nascimento²

Palavras chave: avaliação de enfermagem, agravos na saúde, ocorrências na creche.

INTRODUÇÃO:

A atenção a saúde da criança vem ganhando visibilidade ao longo dos anos, por meio de programas que promovem de forma integral, que priorizam grupos de risco, procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços, possibilitando atenção de melhor qualidade. Entre os espaços de cuidado a saúde da criança, as creche e escolas tem sido alvo de estudo no que diz respeito à frequência aos agravos a saúde da população infantil, por serem ambientes coletivos que proporcionam grande circulação e transmissão de agentes patogênicos. (toloni e cols., 2009). Portanto, as doenças infecciosas podem tornar-se prevalentes, o que pode ocasionar situações de maior gravidade e conseqüentemente comprometer o estado nutricional. Vale ressaltar que entre as ocorrências e agravos a saúde dessas crianças, os acidentes na infância são citados como freqüentes nestes espaços devido ao grande fluxo de crianças num mesmo espaço físico. (neto e cols., 2010). Em parte estes problemas decorrem da vulnerabilidade dessa população a elementos do ambiente em que esse processo de crescimento e desenvolvimento ocorre. Neste sentido, a preocupação dos profissionais de saúde aumenta quando estas crianças vivem em comunidades de baixa renda, onde o acesso dessas famílias a recursos de saúde e educação são dificultados. Considerando que uma das áreas de atuação dos enfermeiros é atenção básica que visa à promoção e proteção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidade, a creche representa mais um campo de trabalho para este profissional. Nesse ambiente o enfermeiro pode realizar importantes ações de saúde junto às crianças e funcionários, bem como as famílias, mediante programas educativos, que podem também ser estendidos a comunidade. Diante do exposto, o estudo pretende responder quais as principais ocorrências e agravos na saúde das crianças atendidas na creche? Tem como objetivo identificar as ocorrências e agravos na saúde das crianças de zero a cinco anos atendidas na creche.

METODOLOGIA

A análise documental retrospectiva foi o método utilizado para obter os dados referentes à demanda atendida pela enfermagem relacionados as ocorrências e agravos de saúde das crianças no contexto da creche ama (associação maria amélia), localizada no campus da universidade positivo, no período novembro.de 2011. De acordo com lakatos (1991), o estudo documental caracteriza-se como uma fonte de coleta de dados restrita a documentos, que

neste caso a amostra analisada, foi constituída de documentos institucionais provenientes do livro de registro de ocorrências e agravos a saúde das crianças atendidas na creche, encerradas no período de agosto a outubro de 2011, realizada pelos acadêmicos de enfermagem da universidade positivo, durante as práticas da disciplina de saúde da criança e do adolescente. As variáveis selecionadas para análise foram: o número e tipo de ocorrências ou agravo de saúde. Os dados foram agrupados e transcritos em planilha de excel e posteriormente descritos e cruzados com a literatura especializada na área.

DISCUSSÃO E RESULTADOS:

Os resultados identificaram 39 ocorrências atendidas no ambulatório da creche ama, no período de três meses do estudo, liderando a maioria dos eventos a febre e dor de ouvido, seguida de queixa de cefaléia, ferimento por queda. As demais ocorrências, perfazendo em média um a dois episódios representados por: pequenos ferimentos, edema, prurido, dores no corpo, tosse e problemas gastrointestinais (vômito e constipação). Os agravos de saúde como febre e dor de ouvido são freqüentes na população infantil, considerando a época do estudo, observa-se que os fatores ambientais podem ter influenciado significativamente nestas ocorrências. A preocupação com este tipo de ocorrência é relatada por moraes et al (2011), quando ressalta que as perdas auditivas e história de otite média podem ser indicativos de risco para o processamento auditivo, bem como para o desenvolvimento da linguagem, fala e aprendizagem, visto que a literatura tem demonstrado que crianças com histórico de otite de repetição durante a infância tendem a apresentar problemas de memória auditiva e falhas no progresso escolar. (balbani e montovani, 2003). O que reforça a necessidade de avaliação criteriosa na saúde dessas crianças e encaminhamento precoce para atendimento especializado. Já acidentes como ferimentos por quedas são aqueles que variam conforme a idade da criança, devido a sua progressiva aquisição de habilidade. Esta constitui numa das principais causas, na infância, de injúrias não intencionais ocorridas em casa, pois neste espaço a criança convive com muitos locais propícios a quedas. (briccus e murofuse, 2008). Observa-se a necessidade de registrar estas ocorrências e agravos no sentido de subsidiar ações futuras de voltadas para educação de saúde com caráter preventivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O estudo evidencia a importância do atendimento pré-hospitalar, prestado ainda no local da ocorrência no caso dos acidentes e reforça a presença da enfermagem nestes espaços de cuidado, seja efetuando os devidos encaminhamentos ou pode atuar identificando precocemente os fatores de risco junto aos educadores, visando a promoção da saúde infantil.

REFERÊNCIAS

Balbani, A.P.S.; Montovani, J.C. Impacto das otites médias na aquisição da linguagem em

crianças. *Jornal de pediatria*, 2003, v.79, n. 5, p. 391-6.
Briccius, m.; murofuse, n.t. Atendimento de crianças realizado pelo siate de cascavel no ano de 2004. *Revista eletrônica de enfermagem*, 2008, v.10, n.1, p. 152-166.

Lakatos, e.m; marconi, m.a. *Fundamentos de metodologia científica*. 3ª ed. São paulo: atlas, 1991.

Moraes et al. Processamento auditivo em crianças com fissura labiopalatina com e sem história de otite. *Arq. Int. de otorrinolaringologia*. São paulo, v. 15, n. 4., p.431-436, out/nov/dez 2011.

Neto, m.c. E cols. Risco de acidentes na infância em uma creche comunitária de ipatinga/mg. *Revista de enfermagem integrada*. Ipatinga: unileste, mg, v.3, n.1, jul-ago, 2010.

Toloni, m.h.a. Et al. Fatores de risco para perda ponderal de crianças freqüentadoras de berçários em creches do município de são paulo. *Revista paulista de pediatria*, 2009, v.27, n. 1, p.53-9.
(poster).

HIPERTENSÃO ARTERIAL: ADESÃO AO TRATAMENTO PRECONIZADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

Isabela Patrícia Borges , Fernanda Frezarine Rocco , Daisy de Souza Oliveira da Silva², Giovanna Batista Leite Veloso

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença com alta prevalência mundial e responsável por um grande número de morbimortalidade. É caracterizada pela pressão elevada que o sangue exerce sobre as paredes das artérias elevando a pressão arterial (pa) e aumento do débito cardíaco (nettin, 2007, guyton, 2001). O aumento da pressão arterial está associado a alterações funcionais ou estruturais de outros órgãos como o coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, e a alterações metabólicas, como possíveis conseqüências o aumento do risco de alterações cardiovasculares que podem chegar a ser fatais os principais agravos relacionados à hipertensão são as doenças cardiovasculares e o acidente vascular cerebral (avc). Existem vários fatores que contribuem para a hipertensão ser uma doença de difícil controle, caráter assintomático, evolução lenta da doença, por se tratar de uma doença crônica faz com que esta seja esquecida e não necessite de cuidados (santos, lima, 2008).

Para manter os níveis pressóricos adequados é necessário adotar um conjunto de medidas que contribuem para o bem estar e redução dos riscos relacionados à doença. Estas medidas incluem: alimentação adequada, estilo de vida saudável (atividade física regular, combate ao tabagismo, controle do consumo de álcool), e, quando necessária utilização de medicamentos (santa helena, nemes, neto, 2010).

Um problema voltado para os agravos relacionados à hipertensão arterial é a falta de adesão dos doentes ao tratamento. Segundo o ministério da saúde (2006) a abordagem multiprofissional torna-se essencial para que ocorra um processo contínuo de motivação junto ao indivíduo portador da patologia, visando o não abandono ao tratamento e sua adequada participação nos grupos de hipertensos.

O ministério da saúde propõe um programa que compreende um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da hipertensão. Dentro deste programa temos um serviço (sishiperdia) sistematizando a informação permitindo cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, captados e vinculados às unidades de saúde ou equipes da atenção básica do sistema único de saúde – sus (brasil, 2011).

No município de Curitiba, de acordo com protocolo de atenção à hipertensão arterial sistêmica (2004) a unidade de saúde deve fazer o levantamento do número de hipertensos esperados na sua área de abrangência e este deverá ser atendido por toda equipe de saúde com rotina pré-estabelecida. Além das consultas, estes pacientes realizam os exames laboratoriais de rotina, recebem na unidade de saúde os medicamentos prescritos pelo médico,

orientações e participam das atividades coletivas educativas propostas pela equipe. Durante o período de estágio da disciplina de saúde coletiva observamos que é dada muita ênfase e tem-se muita preocupação com o acompanhamento dos pacientes hipertensos. Em conversas com as colegas e docentes instigou-se a curiosidade em conhecer um pouco mais sobre o perfil destes pacientes.

Objetivo

Verificar o perfil dos pacientes cadastrados no programa de hipertensos de uma unidade de saúde do município de Curitiba-pr.

Metodologia

Estudo quantitativo de caráter descritivo e exploratório, delineado como transversal que foi realizado na unidade de saúde, no distrito de cidade industrial(cic) no município de Curitiba. Os sujeitos escolhidos para este estudo foram os hipertensos cadastrados no programa de hipertensão arterial da unidade de saúde pesquisada.

Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: hipertensos classificados como baixo, médio, alto e muito alto risco que estavam cadastrados no programa de hipertensos, que moram no território do distrito do /cic.

Como critério de exclusão: pacientes não cadastrados no programa de hipertensos, grávidas, usuários que não residem no distrito.

Os dados foram coletados primeiramente pela verificação do número de pacientes cadastrados no sistema informatizado do programa de hipertensão da unidade de saúde. Neste sistema foram identificados os pacientes classificados como baixo risco, médio risco, alto risco e muito alto risco, e ainda os faltosos, caracterizados como inativos, e os com frequência adequada no programa, classificados como ativos. Foram coletados também dados referentes à idade e sexo.

Após a coleta, os dados foram inseridos em um banco de dados construído no excel e após analisados por estatística simples com cálculos de números absolutos e percentuais. Em respeito à resolução 196/96 do conselho nacional de saúde, a pesquisa foi encaminhada e aprovada pelo comitê de ética da universidade positivo com parecer favorável de acordo com o protocolo n. 104/2011.

Resultados

Na unidade de saúde existem 8.812 pacientes cadastrados, destes 881 (9,99%) pacientes são inscritos no programa de hipertenso da referida unidade de saúde, destes 823 (93,41%) estão caracterizados como ativos e 58 (6,59%) como inativos neste programa. Observou-se ainda que com relação à classificação de risco da hipertensão arterial, são 194 (22,02%) em alto

risco, 329 (37,34%) categorizados em médio risco, 281 (31,89%) em baixo risco e 72 (8,17%) como muito alto risco. Relacionado ao gênero, 589 (66,85%) são do sexo feminino e 286 (32,46%) do sexo masculino. Já na classificação por idade verificou-se que 14 (1,58%) estão entre 20 e 29 anos, 51 (5,78%) entre 30 e 39 anos, 159 (18,04%) entre 40 e 49 anos, 266 (30,19%) entre 50 e 59 anos e 285 (43,70%) com 60 anos ou mais.

Conclusão

A hipertensão é uma doença da civilização que pode ser causada pelo estresse pessoal e profissional, uma dieta pobre, excesso de sal na alimentação, fumo, consumo exagerado de bebidas alcoólicas, falta de exercício, casos de hipertensão na família, e entre outros aspectos.

Com o presente estudo verificou-se a importância da existência do programa de hipertensão nas unidades de saúde de uma determinada comunidade para que ocorra a adequada identificação dos pacientes hipertensos, pois podemos identificar aquele que são ativos e inativos, o que permite a busca destes pacientes para sua orientação e acompanhamento de sua saúde.

Nesta pesquisa foi possível ainda observar uma grande quantidade de pacientes classificados como de médio risco, o que demonstra que equipe de saúde da família dados para a construção de um planejamento de ações voltadas a este público. Notou-se que a maior parte da população acometida é idosa e também do sexo feminino.

Entende-se então que a atuação do enfermeiro é muito importante no programa de hipertensos, pois atua na prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Por meio de planejamento, consulta de enfermagem é possível fazer o acompanhamento e esclarecimentos de todas as dúvidas pertinentes para paciente, controle de inativos, criação de programas educativos, visando sempre às necessidades básicas de cada indivíduo.

Referências

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria da atenção básica em saúde. Departamento de atenção básica. Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de saúde. Brasília: ministério da saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da saúde. Departamento de informática do sus – datasus. Sistemas e aplicativos. Hiperdia. Sishiperdia: sistema de gestão clínica de hipertensão e diabetes mellitus da atenção básica. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/> acesso em 09 jun. 2011. Curitiba, secretaria municipal de saúde. Protocolo de atenção à hipertensão arterial sistêmica. Curitiba: secretaria municipal de saúde, 2004.

GUYTON, A.C. tratado de fisiologia médica, 10 ed, rio de janeiro: guanabara – koogan, 2001. Capítulo sobre sistema circulatório.
Nettina, s. M. Prática de enfermagem: brunner. 8° ed, vol. I. Guanabara/ koogan. 2007

Santa Helena, e.t.; nemes, m.e.b.; neto, e.j. Fatores associados a não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. Caderno de saúde pública. Rio de janeiro, v. 26, n. 12, p. 2397, 2010.

SANTOS, Z.M.S.A., LIMA, H.P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto&contexto enferm.* 2008 jan/mar; 17(1): 90-7.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO MANEJO DO PACIENTE COM CHOQUE SÉPTICO

Ana paula herrera de frança¹, kauane cristine vieira godzikow¹, stephanie ferreira de farias¹, thiago christel truppel².

Introdução:

O choque circulatório faz parte da via final, comum de inúmeras doenças fatais, contribuindo, portanto, para milhões de mortes em todo o mundo. Trata-se de uma síndrome clínica, caracterizada pela incapacidade do sistema circulatório em fornecer oxigênio e nutrientes aos tecidos, de forma a atender suas necessidades metabólicas. O quadro clínico caracterizado por sinais de inflamação sistêmica recebe o nome de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (sirs). Caracteriza-se pelos seguintes critérios: temperatura acima de 38° c ou abaixo de 36°, frequência cardíaca acima de 90 bpm, frequência respiratória acima de 20 rpm ou paco₂ abaixo de 32 mmhg. Leucócitos acima de 12.000/mm³ ou de 4.000/003 ou acima de 10% de bastonetes. Caso a sirs tenha como causa uma infecção, estaremos diante da condição denominada sepse. Quando a sepse é acompanhada por disfunção de um ou mais órgãos temos a sepse grave. (truppel, 2011). Choque séptico se caracteriza por hipotensão ou hipoperfusão induzindo pela sepse, refratária á ressuscitação volêmica adequada e com subsequente necessidade de administração de agente vasopressores. Considera-se hipotensão arterial uma pressão arterial sistólica inferior a 90 mmhg ou queda na pressão sistólica maior que 40 mmhg em pacientes previamente hipertensos. (knobel, 2006)³. A avaliação clínica do estado de choque é essencial para o enfermeiro, assim como interpretar os parâmetros hemodinâmicos e de oxigenação no estado de choque séptico. Diante do exposto, levanta-se a seguinte questão norteadora: qual o papel do enfermeiro no manejo do choque séptico? Objetivo: descrever o papel do enfermeiro no manejo do choque séptico.

Metodologia:

Trata-se de estudo de caso realizada durante o mês de outubro de 2011. Foi utilizado como fonte de pesquisa livros, textos retirados de curso online e artigos do scientific electronic library online - scielo brasil. Após a busca, os livros, os textos e artigos foram lidos e feito uma análise sobre os principais cuidados para o caso de choque séptico.

Resultados:

R.o.s, 42 anos, brasileiro, casado, natural decuritiba-pr, 2º grau completo admitido na uti por insuficiência respiratória e, dor torácica intensa. Paciente possui mieloma múltiplo. Três dias antes da internação começou

a fazer quimioterapia. Internou dia 15/09. Evoluindo para um rebaixamento de nível de consciência, insaturando, sendo transferido após 18 dias de internação para a uti geral com um quadro de insuficiência respiratória onde precisou ser intubado, necessitando de ventilação mecânica. Em seu 2º dia de internação com o quadro clínico de insuficiência respiratória, bpn evoluindo para sara e choque séptico. Ao exame físico apresentou-se hipocorado, acianótico em ventilação mecânica com modalidade vcv (ventilação ciclada por volume) via traqueostomia. Pupilas isocóricas, com tamanho e formato normais, fotorreagentes. Tórax simétrico, ausculta pulmonar com roncospinos em bases e ápices, murmúrios vesicular diminuído. Abdômen flácido com rha+. Pele íntegra, sem presença ou sinal de úlceras de decúbito. Presença de acesso venoso central em subclávia direita, acesso em artéria femoral e bolsa pressurizadora para monitorização da pam, acessos em boas condições com sinais flogísticos ausentes. Dieta via sonda nasoenteral. Eliminações fisiológicas presentes, débito urinário controlado em sonda vesical de demora com balanço hídrico positivo. Sedado. Escala de ramsay5. Sinais vitais: pa: 100/49 mmhg; fc: 119 bpm; t: 38,0°C ; fr: 20. Exames; creatinina: 1,50; hemoglobina: 10,9; leucócitos: 13.980. Gasometria:; ph: 7,37;pco2: 42 ; po2: 99; hco3: 24,3; so2: 97%. Paciente na última gasometria apresentava uma alcalose metabólica com tentativa de compensação. Ventilador: hiperóxia, boa saturação e boa ventilação, com um pco2 de 45; o2: 40; peep: 5, vt: oscilando entre 219, 228, 379; pressão de suporte: 18 para 10; fr: 27rpm. Paciente em modalidade respiratória psv (pressão de suporte), ou seja a paciente faz todos os disparos, apenas com uma ajuda do ventilador, ela que faz o volume e a frequência respiratória. Nesta modalidade a pressão de suporte mínima é de 7. Paciente com parâmetros mínimos para atingir o desmame, pela manhã fazendo uso de neova, reagindo bem, não apresentando sinais de desconforto respiratório (sem uso de musculatura acessória, ausência de cianose, sudorese, batimentos de asas nasais, boa saturação). Um dos quesitos para atingir o desmame além da “estratégia” é ver se o paciente tolera em neova com boas condições por no mínimo 30 minutos. Discussão do caso: paciente com histórico de doença neoplásica, ou seja, imunodeprimido, com maior facilidade de contrair doenças e infecções. A complicação de sua internação foi o rebaixamento do nível de consciência a ponto de chegar a intubação. Uma das causas desse rebaixamento do nível de consciência, relacionado com a irc agudizada pode ter sido um edema agudo de pulmão (acúmulo anormal de líquido nos pulmões por hipertensão venocapilar pulmonar). Ou pelo choque séptico. Acreditamos que o paciente jáveio de casa com a infecção do trato respiratório evoluindo para o choque séptico. O paciente estava em antibioticoterapia e com reposição de volume (sf 0,9%). Podemos classificar nosso paciente como hemodinamicamente instável (em tratamento, mas não mantendo parâmetros de oxigenação normais). O raio-x de tórax nos mostra que ele tem uma área cardíaca prejudicada, com ectasia difusa de aorta, o que torna a monitorização hemodinâmica mais importante ainda. Processo de enfermagem: diagnósticos e prescrições: choque séptico: monitorizar os

sintomas de infecção = temperatura, frequência cardíaca, frequência, respiratória, hemograma. Manter paciente em isolamento. Monitorar débito urinário. Monitorizar pam e pvc; como método e controle hemodinâmico. Para detectar precocemente a de compensação da volemia, que um paciente crítico facilmente desenvolve. Manter o zero do transdutor ao nível da linha axilar média. Utilizar a solução sf 0,9% - 500 ml + heparina 0,5 ml na bolsa pressurizadora e trocar a solução a cada 24 horas. Observar sinais flogísticos peri-cateter no primeiro dia: realizar curativo peri-cateter com gaze e soro fisiológico. Segundo dia: se não houver sangramento, realizar o curativo com filme transparente (tegaderm®), retirando-o se apresentar sangramento e manter o curativo com gaze e micropore. Realizar curativo peri-cateter com gaze e soro fisiológico. Segundo dia: se não houver sangramento, realizar o curativo com filme transparente (tegaderm®), retirando-o se apresentar sangramento e manter o curativo com gaze e micropore®. Zerar o pam ao nível

da linha axilar média com o paciente em decúbito dorsal horizontal. Se o paciente não tolerar o decúbito dorsal horizontal, realizar as medidas a 20°. Retirar as bolhas de ar do sistema. Usar de técnica asséptica para manipulação do sistema. Verificar tempo de permanência do cateter: máximo de 96 horas. Monitorizar circulação do membro cateterizado através da avaliação da cor, enchimento capilar e presença de pulso e gradiente térmico, deixando expostos os dedos do membro para controle da perfusão local. Trocar a cada 72 horas e se necessário, o kit de transdutor de pressão invasiva e datar. Manter infusão de sf 0,9% 500 ml + heparina 0,5 ml, na bolsa pressurizadora e trocar a cada 24 horas. Retirar o cateter se apresentar hematoma, edema, dor local ou diminuição da perfusão. Registrar os valores da pam de hora em hora nos pacientes instáveis e a cada duas horas em pacientes estáveis. Manter permeabilidade do cateter através do fluxo contínuo de solução heparinizada, mantendo a bolsa pressurizadora com 300 mmhg de pressão. Risco de integridade da pele prejudicada: realizar mudança de decúbito de duas em duas horas. Colocar paciente em coxins e se possível colchão de ar. Hidratar pele da paciente a cada banho. Manter leito seco e limpo. Risco de infecção: manter boa higiene bucal com antissépticos. Realizar aspirações das vias aéreas inferiores via traqueostomia quando necessário. Ficar atento a validade das sondas e cateteres e realizar trocas necessárias. Padrão renal alterado: controlar balanço hídrico diário. Controlar índices de cálcio, sódio e potássio. Monitorar níveis de pré-carga – pvc. Ventilação espontânea prejudicada: monitorar parâmetros respiratórios. Adequar parâmetros respiratórios do ventilador de acordo com as necessidades do paciente. Observar posicionamento o tubo/ traqueostomia. Manter higiene bucal adequada. Avaliar gasometria arterial. Conclusão: no Brasil, estudos epidemiológicos sobre sepse são escassos. O estudo bases (Brazilian sepsis epidemiological study), desenvolvido em cinco UTI dos estados de São Paulo e Santa Catarina, mostrou uma incidência de sepse, sepse grave e choque séptico de 46,9%, 27,3% e 23%, respectivamente. A mortalidade nestes

pacientes foi 33,9%, 46,9% e 52,2%, respectivamente. Posteriormente, um estudo epidemiológico multicêntrico em 75 uti de todas as regiões do Brasil avaliou a incidência de sepse. Em uma população de 3.128 pacientes, 16,7% apresentaram sepse, com uma mortalidade geral de 46,6%. Quando discriminados em sepse, sepse grave e choque séptico, a incidência foi 19,6%, 29,6% e 50,8% e a mortalidade foi 16,7%, 34,4% e 65,3%, respectivamente. Outro estudo realizado na região sul do Brasil em pacientes com choque séptico. Admitidos em UTI, durante os anos de 2003 e 2004, mostrou incidência de 30% e mortalidade de 66,5%. Os resultados dos estudos realizados no Brasil apontam para uma mortalidade superior à encontrada em outros países, fato que necessita de uma avaliação mais aprofundada. Percebe-se que o enfermeiro tem papel crucial ao manejo do paciente com choque séptico, visto que a monitorização é imprescindível para a detecção e tratamento precoce dos estados de choque.

Referências bibliográficas

TRUPPEL, T.C. Estados de choque e monitorização hemodinâmica. Curso a distância. Instituto base de conteúdos e tecnologias educacionais Ltda. Online.

KNOBEL. E. Condutas no paciente grave. 3. Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

Terapia intensiva – o essencial, Marini J.J. e Wheeler A.P., 2ª edição – 1999.

CIPE versão 2: classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2.0/ comitê internacional de enfermeiros. São Paulo: Algor Editora, 2011.

<http://revistaseletronicas.pucrio.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewfile/4> n716/4285
acesso em 24/11/2011.

http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/1_choque_circulatorio.pdf acesso em 23/11/2011.

ASPECTOS VIVIDOS PELA FAMÍLIA DE UM PORTADOR DE DOENÇA DE ALZHEIMER.

Luciano gonçalves 1. Margarete fleiter 2.

O mundo vem enfrentando um envelhecimento progressivo de sua população. Em 1950, havia 214 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, e as estimativas indicam 1 bilhão em 2025 1,6. Com o envelhecimento populacional, o aumento da incidência de demências, caracterizadas pelo desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos, incluindo comprometimento da memória e pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, abnóxia e perturbação do funcionamento executivo com intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo 1,6. A demência do tipo alzheimer (d.a) é um processo de declínio de funções cognitivas que se estende por desorganização do comportamento e sintomas psicóticos. Entretanto, o quadro é insidioso e acompanhado por comprometimento cognitivo leve, uma condição considerada, por vários autores, como pré-demência. É um dos distúrbios mais temidos dos tempos modernos, porque apresenta conseqüências catastróficas para o paciente e família que experimentam o que foi denominado de um funeral interminável 2. A doença de alzheimer é responsável por cerca de 50% de todos os tipos de demência: 15 a 20% são devidas a multi-infartos cerebrais, relacionados com a aterosclerose; 20% são mistas; 10 a 20% são demência tratáveis. A doença de alzheimer (da) é uma doença degenerativa, progressiva que compromete o cérebro causando: diminuição da memória, dificuldade no raciocínio e pensamento e alterações comportamentais. Definida por muitos como “mal do século”, “peste negra”, “epidemia silenciosa”, ainda pouco conhecida em nosso meio e com efeito devastador sobre a família e o doente, a d.a representa sério ônus social e econômico3. A realidade mundial é um pouco diferente nos eua, por exemplo 70 a 80% dos pacientes são tratados em seus domicílios, demonstrando com clareza a importância da orientação para a família nas questões relativas aos cuidados e gerenciamento desses pacientes. O restante dos doentes está sob os cuidados de clínicas especializadas 60% dos residentes em asilos apresentam alguma forma de demência. Os sintomas mais comuns são: perda gradual da memória, declínio no desempenho para tarefas cotidianas, diminuição do senso crítico, desorientação têmporo-espacial, mudança na personalidade, dificuldade no aprendizado e dificuldades na área da comunicação. O grau de comprometimento varia de paciente para paciente e também de acordo com o tempo de evolução da doença. Na fase final o paciente torna-se totalmente dependente de cuidado 3. A pesquisa pretende mostrar que cuidar de um paciente com problemas degenerativos é uma tarefa solitária e cansativa. A redefinição de papéis familiares adicionado a outras atividades de um cuidador pode levar ao desequilíbrio financeiro, emocional e o surgimento de doenças. Estes problemas podem piorar se o cuidador não está preparado, ou quando a condição do paciente se deteriora, impondo

uma carga de trabalho integral e desgastante ao cuidador 7,8. O tema despertou interesse devido à incidência crescente da patologia e ao seu início insidioso, inicialmente os sinais e sintomas passam despercebidos pelo paciente e pelos familiares que os atribuem a outros fatores. O meu trabalho com idosos em uma casa lar e a vivência do sofrimento das famílias em não saber como tratar e conviver com os parentes com esta patologia despertou o interesse por este tema ainda pouco conhecido. Sendo o enfermeiro um profissional que atua gerenciando e coordenando todo o processo de assistência ao cliente e tudo que está envolvido no contexto de uma instituição, hospitalar ou em home care. Acrescento, ainda, que a autonomia interfere no processo de definição das prioridades na assistência e o profissional precisa ter discernimento para agir sem causar danos à integridade física. O objetivo deste trabalho conhecer as dificuldades que os familiares encontram na convivência com o doente com alzheimer e levantar os motivos que levam a institucionalização. metodologia: este estudo realizou-se dentro de uma abordagem qualitativa e quantitativa, foram coletadas informações de artigos, revistas, livros e sites da internet especializados, que descrevem os prejuízos físicos e psíquicos causados pela doença de alzheimer e a convivência familiar. O estudo transversal com 15 cuidadores da região de balsa nova e campo largo, estado do paraná, brasil. Os dados sócio-demográficos dos cuidadores foram analisados, segundo a escala de katz e o índice de lawton para avaliar a funcionalidade dos pacientes de alzheimer, e burden interview scale para avaliar o peso que os cuidados a estes pacientes impoem aos cuidadores, que são predominantemente familiares que aprenderam a cuidar do paciente em uma base diária, geralmente com alguma ajuda, e fazem isso por amor. Será aplicado um questionário burden interview scale aos familiares que tem um paciente com doença de. Alzheimer diagnosticado, para avaliar o peso destes cuidados e os motivos que levam a institucionalização do paciente. Após liberação do comitê de ética em pesquisa do centro universitário campos de andrade, foi aplicado o questionário aos familiares com pacientes portadores de doença de alzheimer da casa lar sagrada família situado em campo largo e recanto lar caminhos do sol ambas no paraná. Discussão: na primeira etapa da doença enquanto o diagnóstico ainda não esta concluído os familiares assumem o cuidado do paciente, ainda por algum tempo permanecem nesta condição, quando os cuidados se intensificam devido ao agravo da patologia e o familiar acaba tendo que abdicar de sua própria vida para dispensar os cuidados necessários, o nível de estresse aumenta consideravelmente, que a maioria das famílias procura uma instituição para internar seu familiar, geralmente nesta fase já ocorreu o primeiro luto, o luto social e dos familiares pois o paciente ja não reconhece mais a família. Considerações finais: o maior problema que os cuidadores enfrentam aparece nos tres primeiros anos apos o surgimento dos sintomas da demencia a negação da familia é um fator relevante pois reflete um aspecto muito importante no cuidado de qualidade ao doente com alzheimer, a formação de profissionais da saúde especializados em geriatria e investimentos em pesquisas no âmbito da prevenção, e a atenção aos cuidadores refletem diretamente na qualidade de vida não só para o cuidador, mas principalmente para o paciente. “a melhor ajuda para o paciente é ajudar o cuidador”2,10,13, 29.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COMO PREVENÇÃO DE INFECÇÕES HOSPITALARES

ANA PAULA GALEAZZI¹, MARESSA TALAMINI DA SILVA¹, MIRIAM NIMITZ², NEIVA MARIA ALVARES GONÇALVES³.

Introdução:

Os vírus e bactérias povoam a terra antes mesmo de nós, humanos, e com a ocupação do planeta e crescimento da população e contatos interpessoais acarretou a disseminação das doenças através desses microorganismos. Nesse contexto, infecções hospitalares começaram a surgir com o passar dos séculos através do agrupamento em hospitais, que antes eram tidos como casas de caridade. Segundo o ministério da saúde (ms), infecção hospitalar (ih) refere-se a qualquer infecção adquirida, institucional ou nosocomial, após a internação do paciente e que se manifeste durante sua permanência no hospital ou mesmo após a alta, uma vez que possa ser relacionada com a hospitalização (brasil, 1998).

Metodologia e objetivo:

Este trabalho de revisão bibliográfica tem como objetivo, evidenciar a técnica de higienização de mãos como prevenção da infecção hospitalar.

Desenvolvimento:

Desde a promulgação da lei do ministério da saúde nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997, todos os hospitais brasileiros são obrigados a constituírem uma comissão de controle de infecção hospitalar (ccih), que deve elaborar o programa de controle de infecções (pci), definido como um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente. Esse programa tem como objetivo reduzir ao máximo possível a incidência e gravidade dessas infecções, repercutindo diretamente na melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo hospital (anvisa, 2000). Como medida de controle de infecção à lavagem de mãos não é, portanto, recomendação recente. Deve ocorrer antes e após o contato com o paciente, antes de calçar as luvas e após retirá-las, entre um paciente e outro, entre um procedimento e outro, ou em ocasiões onde exista transferência de patógenos para pacientes e ambientes, entre procedimentos com o mesmo paciente e após o contato com sangue, líquido corporal, secreções, excreções e artigos ou equipamentos contaminados por esses (brasil, 1998, neves et al, 2006).a lavagem das mãos tem como principal objetivo a remoção da maior quantidade de microorganismos, diminuindo desta forma o risco de infecções, e sua eficácia depende da duração do procedimento e da utilização de técnica correta, podendo não ser removida com a simples lavagem das mãos com sabões e detergentes, o que se faz necessário em áreas críticas, mas

usualmente pode ser eliminada pela lavagem com produtos que contenham ingredientes antimicrobianos. A lavagem de mãos deve ser realizada no início e no término dos turnos de trabalho, após uso do toalete, após assuar o nariz, fumar, pentear os cabelos antes e imediatamente após o contato direto com o paciente, antes do preparo de medicações e no caso de existir sujidade visível nas mãos. A lavagem é realizada com água e sabão por 10 a 15 segundos, podendo ser complementada com fricção de álcool à 70% com 2% de glicerina. No que diz respeito a técnica deve-se, retirar anéis e relógios; sem encostar na pia, para não contaminar a roupa, abrir a torneira; molhar as mãos; colocar 3 a 5 ml de sabão líquido nas mãos; ensaboar as mãos por meio de fricção por aproximadamente 15 a 30 segundos, em ambas as faces (palma e dorso das mãos), nos espaços interdigitais, nas articulações, nas unhas e extremidades dos dedos; enxaguar as mãos em água corrente mantendo-as em nível baixo, sem encostá-las na pia, retirando totalmente a espuma e os resíduos de sabão; secar as mãos com papel toalha descartável e, com o mesmo papel toalha, fechar a torneira, desprezando-o no lixo. A anti-sepsia das mãos deve ser realizada, em unidades críticas como unidades de terapia intensiva, de transplantes, hematologia, berçário de alto risco, após contato com material orgânico, antes e após a realização de exames e procedimentos invasivos. Utiliza-se a mesma técnica de lavagem das mãos, incluindo os antebraços, porém usando sabão degermante como pvpi ou clorhexidine, por um período de 2 a 3 minutos conforme recomendação do fabricante.

Conclusão

Um fato importante é a resistência dos profissionais da área de saúde em se adaptarem a adesão da lavagem de mãos antes e após os procedimentos assistenciais. Muitas vezes por puro esquecimento ou falta de tempo, acabam deixando de realizar esta importante profilaxia que pode impedir a disseminação de infecções hospitalares.

Referências

DANTAS, DANTAS, DE MENDONÇA, COSTA, FREIRE. Higienização das mãos como profilaxia das infecções hospitalares: uma revisão. Isp 13ª edição, ano 3, maio/junho 2010.

VITARI. Importância da higienização das mãos. 3ª policlínica do corpo de bombeiros militar do estado do rio de janeiro, 2007.

Palavras-chave: lavagem das mãos, anti-sepsia, infecção hospitalar

PORFIRIA HEPÁTICA E SUAS COMPLICAÇÕES: UMA PROPOSTA DE ENFERMAGEM

Carolyne rodrigues, milena costa, juliana rodrigues.

Introdução:

A porfiria é uma doença causada, por distúrbios na síntese do heme (pigmento contendo ferro que é essencial para o transporte de oxigênio pela hemoglobina), conseqüentes a defeitos enzimáticos, geralmente em associação com fatores desencadeantes endógenos (hormônios) ou exógenos (medicamentos ou substâncias químicas). A porfiria é um grupo de distúrbios incomuns inatos ou adquiridos do metabolismo da porfirina que são pigmentos normalmente presentes na hemoglobina, mioglobina e citocromos. É uma doença heterogênea, com características clínicas e bioquímicas e compreendem as afecções que são relativamente raras, e podem ser tanto hereditárias quanto adquiridas. A classificação destas doenças é baseada nas características clínicas e bioquímicas, através do defeito enzimático e perfil bioquímico encontrado nos tecidos, na urina, no sangue e nas fezes do indivíduo portador da porfiria.

As porfirias estão classificadas em dois tipos: porfirias hepáticas e eritropoieticas, isto defini-se pela localização do metabolismo defeituoso do heme e no acúmulo de porfirinas e seus precursores. A genética molecular das porfirinas é heterogênea, com mutações únicas ocorrendo geralmente dentro de famílias. As porfirias hepáticas são herdadas como traços autossômicos dominantes e, frequentemente, são desencadeadas pela administração de fármacos, hormônios sexuais, inanição (estado em que a pessoa se encontra enfraquecida), hepatite c, infecção pelo hiv, e consumo de álcool. O fígado nas porfirias hepáticas Exibe varialmente esteatose, fibrose e cirrose.

Há sete formas de porfiria reconhecidas atualmente: as eritropoieticas compreendem a porfiria eritropoietica congênita (pec), ou doença de günter, e a protoporfiria eritropoietica (ppe), dentre as hepáticas encontram-se a porfiria aguda intermitente (pai) que foi diagnosticada na paciente estudada, porfiria variegada (pv), coproporfiria hereditária (cph), deficiência de acido-aminolevulinico-dehidratase (d-ala-d), ou porfiria de doss, e porfiria cutânea tardia (ptc).

Dentre as porfirias mais freqüentes estão a: porifia aguda intermitente (pai) que é a porfiria genética mais comum e reflete uma deficiência de enzimas do fígado. No entanto apenas 10% dos portadores do gene manifestam sintomas clínicos, que geralmente afetam adultos e jovens. A porfiria cutânea tardia (ptc) que é o tipo de porfiria crônica mais freqüente e pode ser adquirida ou herdada como caráter autossômico dominante, também reflete deficiência de enzimas do fígado. O paciente clássico é de meia idade ou idoso, exibe fotossensibilidade cutânea e sofre de hepatopatia (doenças crônicas do fígado) com sobrecarga hepática de ferro. A porfiria aguda intermitente (pai) raramente manifesta-se antes da puberdade, tanto clinica quanto laboratorialmente. O pico de incidência o primeiro ataque ocorre entre os 20 e os 30

anos, e é incomum que o primeiro surto ocorra antes da primeira ou após a sexta década de vida. A maioria das crises da porfiria aguda intermitente ocorre entre a terceira e a quarta décadas. Predomina no sexo feminino. Observa-se que em homens o início das crises ocorre em média 11 anos mais tarde que nas mulheres (aos 36 e 25 anos)

As porfirias agudas manifestam-se geralmente, por crises que duram de horas a dias, e durante essas crises a hospitalização é geralmente necessária. Dor abdominal é o sintoma mais comum, pode ocorrer náusea, vômito constipação, dor e fraqueza muscular que inicia geralmente nos ombros e nos braços a fraqueza pode progredir para todos os músculos, retenção urinária arritmias, confusão mental e distensão abdominal. Os processos infecciosos, bacterianos, ou virais também são reconhecidos como fatores precipitantes de ataque de pai. Os ataques de pai geralmente tem progressão rápida e a recuperação ocorre em dias ou algumas vezes em semanas, de modo imprevisível. A ocorrência de quadros fatais é estimada em 5% dos ataques que necessitam de hospitalização. Esta porcentagem eleva-se quando o diagnóstico é tardio ou se o paciente é tratado inadvertidamente com drogas contra-indicadas. O tratamento da porfiria pode ser dado através da administração endovenosa de glicose, ou uma dieta rica em carboidratos. Os episódios graves da porfiria aguda intermitente são tratados como o heme que deve ser administrado via iv. O heme encontra-se disponível sob a forma de hematina (proteína ferruginosa da hemácia) que em alguns casos é utilizado para prevenir os episódios de porfiria. Quando o tratamento é tardio, a recuperação é mais longa e algumas lesões nervosas podem tornar-se permanentes.

Objetivos:

Aplicar a metodologia da assistência de enfermagem em um paciente portador de porfiria hepática aguda intermitente.

Metodologia:

Estudo descritivo, com uma abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Coleta de dados realizada no hospital universitário, na cidade de Curitiba pr, no mês de novembro de 2011. Entrevista semi-estruturada denominada investigação admissional de enfermagem realizada durante o período de internamento do paciente, além de informações contidas no prontuário do paciente. Intervenções de enfermagem utilizando a Cipe- classificação internacional das práticas de enfermagem.

Resultado:

A.G.V. 32 anos, sexo feminino, deu entrada no centro de urgências médicas (comum) queixando-se de dor abdominal e lombar, além de náuseas e vômitos há cinco dias. Transferida no dia 01 de outubro de 2011 para o hospital universitário onde permaneceu

internada e foi diagnosticada com porfiria hepática aguda intermitente. Evangélica, trabalha como vendedora, mas esta desempregada. Casada, porém mora com os pais sem o marido, tem um filho de quatro anos, demonstra sentir falta do filho que devido a sua menor idade, não pode fazer visitas. Relata nunca ter tido problemas com doenças, nem fazer uso frequente de medicamentos, foi fumante, nega comorbidades familiares, cirurgias prévias e alergias.

Exame físico: crânio, olhos, nariz e boca simétricos comunica-se verbalmente com dificuldade, apetite diminuído, deglutição e mastigação alteradas, perda de peso, padrão urinário fisiológico, poliúria, hábitos intestinais regulares, padrão de sono/repouso alterado, padrão emocional alterado, dor do tipo formigamento, intensidade seis. Tórax e abdômen simétricos, rha +, expansibilidade pulmonar preservada, dispnéia em repouso, bcrnf sem sopros, integridade cutânea alterada, palidez cutânea, turgor diminuído, pele lisa. Mmss com limitação de movimentos e perda de força muscular, mmii com movimentos preservados.

Diagnósticos e intervenções de enfermagem:

Risco para lesões nervosas: monitorar paciente caso confusão mental,

E sintomas neuropsiquiátricos. Risco de crise porfiriaca: monitorar paciente caso dor abdominal e lombar, náuseas, vômitos, constipação, fraqueza muscular, distensão abdominal, arritmias.

Freqüência respiratória anormal (dispnéia): realizar técnicas de respiração diariamente; realizar ausculta pulmonar; manter paciente sentado; verificar ssvv a cada 4 horas. Mmss alterados: auxiliar paciente na higienização corporal; prevenir risco de queda; encaminhar a equipe de fisioterapia.

Padrão emocional alterado: realizar técnica calmante
risco para úlcera de decúbito ou risco integridade da pele: mudar posição de decúbito do paciente, mudar paciente de local (cama), realizar hidratação em pele de paciente.

Conclusão:

O propósito da assistência de enfermagem é prestar o cuidado ao paciente, buscando soluções para a realização do cuidado. O enfermeiro é de extrema importância no cuidado de pacientes com pai, pois é ele que irá acompanhar diariamente e avaliar o seu desenvolvimento implantar ações de enfermagem que ajudem na melhora da qualidade de vida dos pacientes portadores de porfiria hepática.

Referências bibliográficas:

RUBIN – patologia. Bases clinicopatológicas da medicina. 4ª edição. Guanabara koogan. 2006. 1625p

STEVENS A, LOWE J. Patologia. 2ª edição. Tradução: profa. Ida cristina gubert, professora adjunta iii de imunologia do depto. De patologia básica. Setor de ciência biológicas – ufpr, mestre em genética. Área de concentração em imunogenética pela ufpr. Editora manole ltda. 1998. 535p

CIPE- versão 1: classificação internacional para prática de enfermagem. Comitê internacional de enfermagem. Tradução: heimar e fatima marin. São paulo. Algor editora, 2007

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO MANEJO DA MORTE ENCEFÁLICA E DO POTENCIAL DOADOR DE ÓRGÃOS

Elaine lopes dos santos, Jeniffer Botelho, Natasha Pacixnek, Thiago Truppel.

De acordo com alguns dicionários morte significa o fim da vida, simples e em poucas palavras. Mas para a sociedade não é tão fácil assim, principalmente quando se trata de um conhecido ou uma pessoa muito próxima. A maioria das pessoas entende a ausência de incursões ventilatórias ou de batimentos cardíacos, de forma cartesiana, como a iminência da morte. Porém o que nos faz humanos é a atividade vigorosa e incessante de trilhões de neurônios localizados no encéfalo. Deste modo, morte encefálica (me) é a parada total e irreversível das funções encefálicas.

Como o cérebro é o órgão mais sensível à privação de oxigênio e de perfusão, a sua função pode ser irremediavelmente perdida apesar da preservação de outras funções orgânicas. Devido a este fato é que a situação se torna mais difícil e incompreensível para os familiares do paciente, pois há morte encefálica apesar de outros órgãos como coração, pulmões e rins continuarem em pleno funcionamento por meio do suporte de drogas, ventilação mecânica e outros.

É necessário que todo profissional de saúde, especialmente o médico, esteja familiarizado com o conceito de morte encefálica, para que a aplicação da tecnologia na sustentação da vida seja benéfica, individual e socialmente comprometida, e não apenas promotora de intervenção inadequada, extensão do sofrimento e angústia familiar e prolongamento inútil e artificial da vida (morato, 2009).

Inicialmente, deve-se definir a causa do coma para levantar a hipótese de me. As causas mais frequentes são o traumatismo crânio-encefálico (tce), no contexto de acidentes automobilísticos ou agressões; hemorragia subaracnóidea, ligada à ruptura de aneurisma; lesão difusa do cérebro após parada cardiorrespiratória revertida; hemorragia cerebral espontânea maciça; grandes lesões isquêmicas, e em menor número, as meningoencefalites e encefalites fulminantes e a falência hepática aguda (por hepatite viral ou tóxica ou raramente, síndrome de reye) (andré c. Apud guetti e marques, 2008).

O diagnóstico de me é estabelecido com base em critérios clínicos, porém sua confirmação exige a realização de exames complementares e o respeito a alguns pré-requisitos obrigatórios, que são: lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de provocar o quadro, ausência de distúrbio hidroeletrólítico, acido básico ou endócrino grave, assim como de intoxicação exógena e hipotermia.

A me é diagnosticada após a realização de dois exames clínicos, com intervalo de no mínimo seis horas entre eles, realizados por profissionais diferentes e não vinculados a equipe de transplantes. É obrigatória a comprovação, por intermédio de exames complementares, de

ausência de perfusão, atividade elétrica ou metabolismo cerebral. Os exames complementares são: arteriografia cerebral, doppler, eletroencefalograma, gasometria venosa da jugular interna. Os exames clínicos feitos para detectar a ausência de reflexos do tronco cerebral, são: avaliação pupilar (devem estar fixas, sem resposta fotomotora), reflexo córneo palpebral, teste óculo cefálico (olhos de boneca), teste óculo-vestibular, reflexo traqueal (ausência de tosse, expectoração, vômito). E um dos últimos exames a serem feitos para diagnosticar a me é o teste da apnéia, onde esta é definida pela ausência de movimentos respiratórios espontâneos após estimulação máxima do centro respiratório por uma paco₂ igual ou maior que 55 mmhg. Diante do exposto, levanta-se a seguinte questão norteadora: qual é o papel do enfermeiro no manejo da morte encefálica e do potencial doador de órgãos?

Descrever as ações do enfermeiro no manejo da morte encefálica e do potencial doador de órgãos.

Trata-se de um estudo de caso realizado pelas alunas do 6º período de enfermagem, em uma UTI de um hospital universitário de grande porte localizado na cidade de Curitiba - PR. O seguinte estudo teve como base livros e artigos da área de saúde.

Paciente c. R. S., 21 anos, tabagista, hipertensa há 3 anos. Encaminhada do comum procurou o serviço por apresentar alteração comportamental há duas semanas, 2 episódios de epistaxe, rebaixamento do nível de consciência associado a hemiplegia a direita, vômito, episódios convulsivos no transporte ao hospital. Paciente vinha há três semanas com algia em flanco direito e em baixo ventre, com disúria. Ao chegar ao hospital de referência no dia 02/09 apresentava pa: 204/83 e uma frequência cardíaca de 152 bpm, ausência de abertura ocular, hipotonia global, pupilas midriáticas e anisocóricas. Segundo a irmã da paciente que a acompanhava, c. r. s. era tabagista há anos (fumava uma carteira e meia por dia), não era etilista e é hipertensa há três anos, com início após a sua gestação. Na tomografia de crânio, paciente apresentava avc hemorrágico extenso, com hematoma intra parenquimatoso em região de núcleos de base a esquerda, com desvio de linha média e hemoventrículo. Com diagnóstico médico de hemorragia subaracnóide, provavelmente devido a hipertensão. No raio x de abdômen apresentava uma massa de 8 cm na glândula supra renal, desconfiando-se de feocromocitoma, podendo explicar a dificuldade do controle da hipertensão. Realizada cirurgia de drenagem de hematoma, com incisão cirúrgica em região parietal esquerda. Paciente no pós-operatório apresentava drive respiratório e reflexos de tronco. 21º dia de internamento devido a hsa, paciente apresenta-se em coma profundo, restrita ao leito. Cabeça, olhos, face simétricos. Incisão cirúrgica em região parietal esquerda, em fase de cicatrização ainda com pontos. Pupilas midriáticas, isocóricas, não fotoreagentes. Higiene insatisfatória em nariz e boca. Língua edemaciada com lesões e presença de sangue. Paciente em suporte ventilatório invasivo via traqueostomia. Tórax simétrico com expansibilidade simétrica, com ausculta pulmonar apresentando roncos, sibilos e crepitações e murmúrios vesiculares presentes. Ausculta cardíaca normofonética, rítmica. Abdômen globoso, flácido, com rh +. Higiene corporal satisfatória. Fazendo uso de fraldas sonda vesical de demora. Membros superiores e inferiores edemaciados, já com liberação de exsudato. Presença de úlceras por pressão em calcâneo

direito e esquerdo, com uso de curativo especial. Dieta via sonda oro enteral. Acesso venoso central duplo lúmen em subclávia esquerda. Evacuação presente e balanço hídrico negativo (poliúria) devido a hipernatremia e possível diabetes insipidus (hormônio adh, podendo estar relacionado com a feocromocitoma). Realizado exame neurológico com pupilas anormais, reflexo fotomotor ausente. Reflexo córneo palpebral ausente, reflexo óculo cefálico ausente, reflexo de tosse ausente. Glasgow: 3 .

Sinais vitais:

Pa:188x109

t: 35,6°C

Fc: 80 bpm

Fr: 17

- risco para úlcera

*hidratar pele a cada banho.

*manter fraldas secas, e sem umidade no leito.

*realizar mudança de decúbito a cada 2 horas.

-integridade da pele prejudicada

*realizar troca de curativo especial a cada 7 dias.

*manter áreas lesionadas em coxins.

-padrão renal alterado

*controlar balanço hídrico diário.

*controlar índices de cálcio, sódio e potássio.

-risco de infecção

*manter boa higiene bucal com antissépticos.

*realizar aspiração das vias aéreas inferiores via traqueostomia quando necessário.

*ficar atento a validade das sondas e cateteres e realizar trocas necessárias.

-ventilação espontânea prejudicada

*monitorar parâmetros respiratórios.

*adequar parâmetros respiratórios do ventilador de acordo com as necessidades do paciente.

*observar posicionamento o tubo/ traqueostomia.

*manter higiene bucal adequada.

*avaliar gasometria arterial.

-desobstrução de vias aéreas ineficaz

*realizar aspiração endotraqueal, boca e nariz sempre que necessário.

*auscultar paciente.

*monitorar saturação de o₂ e níveis de co₂.

-déficit de auto-cuidado

*realizar banho no leito.

*manter higiene corporal.

*esvaziar bolsa coletora de urina.

*realizar troca de fraldas

A paciente ficou internada em torno de 25 dias evoluindo com uma piora do quadro, os critérios diagnósticos de me não foram feitos em nenhum momento. Como já visto após detectada morte encefálica, não há mais o que fazer, o paciente não se tornará responsivo, é um quadro irreversível, e o atraso do diagnóstico além de causar maior sofrimento para a família, ainda pode prejudicar a possível doação de órgãos. Ao ser estabelecido o diagnóstico de me, tem início, imediatamente, o esclarecimento aos familiares sobre o que ela significa e a perspectiva de que é possível a doação humanitária de órgãos e tecidos. A notificação do diagnóstico a central de transplante é obrigatória por lei e nesse momento os exames de classificação do potencial doador são iniciados (morato, 2009). E esta é uma das condutas do enfermeiro. Considerando que o processo de doação de órgãos e tecidos para transplante se inicia no hospital que notificou a morte encefálica: de acordo com a resolução cofen-292/2004, ao enfermeiro incumbe planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados aos doador de órgãos e tecidos, através dos seguintes procedimentos:

- A) Notificar as centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos-cnnco, a existência de potencial doador.
 - B) entrevistar o responsável legal do doador, solicitando o consentimento livre e esclarecido por meio de autorização da doação de órgãos e tecidos, por escrito;
 - c) garantir ao responsável legal o direito de discutir com a família sobre a doação, prevalecendo o consenso familiar
 - e) aplicar a sistematização da assistência de enfermagem (sae) no processo de doação de órgãos e tecidos;
 - f) documentar, registrar e arquivar o processo de doação/transplante no prontuário do doador, bem como, do receptor.
- Um único potencial doador, em boas condições, pode beneficiar, através de transplantes de diversos órgãos e tecidos, mais de 10 pacientes. Por isto, deverá ser conduzido e manuseado com o mesmo empenho e dedicação destinados aos demais pacientes da uti. Para que um potencial doador se torne um doador efetivo, e que o maior número de órgãos sejam aproveitados, é necessário uma adequada preservação

e posterior viabilidade destes órgãos até a extração. O enfermeiro de terapia intensiva deve conhecer as alterações fisiológicas decorrentes da me, para que, junto com a equipe de saúde, possa conduzir o manuseio adequado do potencial doador (guetti e marques, 2008).

Na maior parte dos países da europa, existem leis e regras que estipulam que o médico a cargo de um paciente a espera do transplante de um órgão não pode determinar a morte de um doador potencial ou envolver-se na remoção de órgãos específicos (lamb, 2001). Ou seja, tudo corre para que a morte encefálica seja diagnosticada corretamente, e no entanto, o que se vê na prática é o prolongamento dos dias deste paciente em um leito de uti.

Desistir quando o prognóstico for sem esperanças não deve ser interpretado como uma forma de eutanásia passiva (lamb, 2001). A possibilidade de ajudar outra pessoa com a doação de órgãos é o que move os estudos sobre o assunto, onde uma decisão difícil a ser tomada, se errada, pode prejudicar muitas outras pessoas, onde, no entanto, poderia prolongar as suas vidas.

Referencias bibliográficas

Guetti n.r., marques i.r. Assistência de enfe

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE IDOSO COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: RELATO DE CASO.

Dayane Schier¹; Maristela Torres¹; Silene I. S. De Medeiros ¹; Denise Fauz Kletemberg ².

Introdução:

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é caracterizado pela interrupção do fluxo sanguíneo nas artérias coronárias, por obstrução, devido ao depósito de gordura nas paredes das artérias ou por colapamento, devido ao espasmo severo coronariano. Independente da causa, o efeito é uma diminuição severa ou interrupção total de fluxo sanguíneo, em uma área delimitada pela artéria atingida, cujo dano será proporcional ao quantitativo de vasos envolvidos, posicionamento da artéria atingida e pelo tempo decorrido entre o início dos sinais e sintomas e a procura por atendimento médico. O músculo miocárdio é responsável pela contração e relaxamento do coração de acordo com o impulso elétrico fornecido pelo marca-passo cardíaco. Quando há interrupção sanguínea, sua funcionalidade estará comprometida, devido à falha no suporte de nutrientes e oxigênio. Os impulsos elétricos continuam sendo enviados para esta área, mas não há trabalho mecânico cardíaco. A idade e o histórico de doença familiar cardíaca são condicionantes importantes, entretanto alguns fatores de risco podem ser controlados tais como o tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, obesidade/sobrepeso e sedentarismo. Sinais e sintomas descritos incluem dor no peito, sensação de desconforto nos ombros, braços, dorso (costas), pescoço, mandíbula ou no estômago e incômodo na língua ou no queixo. Pele fria, pálida, pegajosa, inquietação e palpitações também podem ocorrer. Menos comuns são relatos de náuseas, vômitos, tontura e confusão mental. O diagnóstico é feito baseado nos exames laboratoriais de dosagem de enzimas, mas também no ecg e na angiografia coronariana. O tratamento inicial é focado na minimização e prevenção de danos no músculo miocárdio. Posteriormente, volta-se ao tratamento da causa, visando à restauração do fluxo sanguíneo na área afetada o mais rápido possível.

Objetivo:

Elaborar a sistematização da assistência de enfermagem a paciente idoso com infarto agudo do miocárdio.

Metodologia:

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. A coleta de dados foi realizada na unidade de internação de um hospital escola da cidade de Curitiba-

paraná, em outubro de 2011. Os dados foram coletados durante a internação do paciente, através de uma entrevista semi-estruturada. Este instrumento abrange dados de identificação, história da admissão, exame físico, informações adicionais como as necessidades humanas básicas. Para subsidiar a pesquisa ainda foram utilizadas algumas informações contidas no prontuário do paciente como resultados de exames realizados e intercorrências durante a hospitalização. A coleta de dados seguiu os seguintes passos do processo de enfermagem: realização do levantamento de dados mediante o histórico de enfermagem; elaboração dos diagnósticos de enfermagem segundo a cipe – classificação internacional das práticas de enfermagem e as prescrições de enfermagem, formando o plano de ação para o paciente.

Resultados:

V.r.s, 82 anos, branco, casado, aposentado, natural de Curitiba-paraná, católico praticante portador de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia. Internado dia 17/10/2011, com diagnóstico médico de infarto agudo do miocárdio. Apresentou como queixa principal: dor precordial, pele pegajosa, vertigem, formigamento nas extremidades e relato de síncope. Realizado exames de sangue, eletrocardiograma, sendo encaminhado para UTI. Permaneceu por 2 dias nesta unidade quando foi transferido para o quarto onde permanece. Na anamnese apresenta-se orientado, consciente, ansioso, deambulando. Com boa aceitação alimentar. Faz uso de medicação contínua com captopril, atenolol, furosemida, sinvastatina. Relata que controla a alimentação, porém não faz atividade física. Tabagista por 25 anos com interrupção há 30 anos. Ingerir bebidas alcoólicas socialmente. Nega alergia a medicações. Histórico de internações hospitalares anteriores por problemas respiratórios. Eliminações fisiológicas presentes. Padrão de sono e repouso satisfatório, porém relata “sono leve”. Vive em casa própria com boas condições de saneamento básico, onde reside com sua esposa. Desta união tiveram 5 filhos e 4 netos. Ao exame físico pa: 130/80 mm/hg t: 36°C r: 16 rpm p: 62 bpm paciente internado há 4 dias. Cabeça simétrica, couro cabeludo com higiene satisfatória e cabelos lisos. Face simétrica. Olhos simétricos, com conjuntivas coradas, pupilas isocóricas fotoreagentes, escleróticas íntegras. Acuidade visual preservada. Pavilhão auricular simétricos com higiene satisfatória. Nariz simétrico com higiene satisfatória. Lábios e língua corada. Com prótese dentária superior e inferior. Tórax simétrico, ausculta pulmonar com m.v.p. Presente, com expansibilidade torácica presente. Ausculta cardíaca com bulhas rítmicas e hipofonéticas. Abdome globoso, normotenso e normopalpável, som predominante timpânico à percussão, indolor à palpação, ruídos hidroaéreos presentes, cicatriz umbilical de bordas planas. Mmii sem alterações. Pele íntegra, com acesso venoso salinizado em MSE. Após a coleta e análise dos dados, foram elencados os diagnósticos de enfermagem e as intervenções:

dor torácica intensa.

- manter repouso no leito;
- manter cabeceira elevada a 30°;

- manter o paciente monitorizado;
- promover ambiente calmo e seguro;
- oferece apoio emocional;
- monitorar a presença e intensidade da dor;
- verificar sinais vitais a cada 4hs.

suor intenso.

- manter ambiente arejado;
- evitar uso excessivo de cobertas;
- verificar sinais vitais a cada 4hs.

náusea freqüente• manter cabeceira elevada a 30°;

- anotar presença de êmese.

pressão arterial sistêmica alterada.

- verificar sinais vitais a cada 4hs;
- manter em repouso no leito;

sedentarismo moderado.

- orientar a importância de praticar atividade física;
- orientar o paciente quanto aos hábitos de vida adequados.

nutrição desequilibrada;

- oferecer dieta em intervalos menores;
- oferecer dieta de acordo com sua preferência;
- aumentar a ingestão hídrica;
- encaminhar para nutrição;
- anotar a aceitação da dieta.

risco de infecção.

- avaliar sinais flogísticos em local do acesso venoso periférico em membro superior direito;
- manter permeabilidade do acesso venoso periférico;
- manter técnica asséptica para troca do curativo do acesso venoso;
- controlar temperatura corporal de 4x4hs;

ansiedade alta.

- oferecer apoio emocional;
- manter ambiente tranqüilo;
- orientar sobre os procedimentos realizados;
- deixar a família presente, quando houver necessidade.

padrão de sono alterado.

- manter ambiente tranqüilo para o sono;
- promover ambiente confortável

risco para queda.

- auxiliar nas atividades diárias;
- manter grades do leito elevada;
- travar rodinhas da cama integridade da pele prejudicada.
- manter pele hidratada, limpa e seca;
- manter pele limpa e seca;
- estimular o auto cuidado;
- manter leito confortável;
- orientar sobre a mudança de decúbito;
- certificar-se de alergias a produtos tópicos e adesivos antes de quaisquer procedimentos.

Conclusão:

É papel do enfermeiro identificar os problemas envolvidos na internação hospitalar de um paciente portador de infarto agudo do miocárdio. A elaboração da sistematização da assistência de enfermagem permitiu a comprovação da relevância deste método ao oferecer respaldo científico, segurança e direcionamento para o desempenho das ações de enfermagem. Este estudo também oferece a outros estudantes e profissionais enfermeiros o embasamento científico para as intervenções de enfermagem necessárias ao portador desta cardiopatia.

Palavras chave: infarto do miocárdio; cuidados de enfermagem; educação em enfermagem

Referências:

CASTRO, I.A.M. Cardiologia: princípios e pratica. Porto alegre: ed. Arned, 1999. P.697-700.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. Conselho internacional para a prática de enfermagem versão 1. Trad. De heimar de fátima marin. São paulo, editora algol,2003.

BRAUNWALD, E. Tratado de medicina cardiovascular. 5.ed. São paulo: ed. Roca, 1999.p.1280-1289.

PESARO, A. E. P.; SERRANO, C. V.; NICOLAU, J. C. Infarto agudo do miocárdio - síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento st. Rev. Associação medica brasileira, 50 (2): 214 -20, 2004.

VAN DE GRAAF, M. K. Anatomia humana. 6.ed. São paulo: ed.manole, 2003.p.546-554.

VISITA DOMICILIAR NA PRÁTICA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Solange Gomes, Carolina de Lima, Giovanna Batista Leite Veloso .

Introdução

A atenção à saúde compreende um grande conjunto de ações que envolvem a promoção, a prevenção e diversos serviços de saúde, em diferentes níveis de complexidade. Nestes serviços encontramos pacientes que precisam de atendimento em seus domicílios, sendo que a maioria exige atendimento médico e de enfermagem convencionais e nem sempre requerem alta tecnologia.

Neste contexto vivenciamos as visitas domiciliares, que podem aprofundar o conhecimento e a comunicação que o enfermeiro tem com uma família.

A estratégia saúde da família entende a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de interação e conhecimento da realidade de vida da população, o que estabelece vínculos com a mesma e a compreensão da dinâmica familiar (albuquerque e bosí, 2009).

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo principal da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como os principais responsáveis no processo de saúde dos indivíduos. A compreensão do modo de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares permitem mudanças nas formas de atuação dos profissionais e permite a construção de novos objetivos e conceitos (albuquerque e bosí, 2009).

Um aspecto importante que o enfermeiro faz é ajudar na transformação de situações de problemas que afetam na qualidade de vida das famílias, aquelas em que alguém corre perigo, isto é, tem maior possibilidade de adoecer ou até mesmo morrer (mcwhinney, freeman, 2010).

Existe na comunidade situações de risco associadas às carências de saneamento básico, destinação inadequada do lixo, condições precárias de moradia, exclusão social, baixa renda, desagregação familiar, desemprego, violência dentro e fora dos domicílios, uso de drogas ilícitas, exposição a produtos tóxicos na lavoura entre outros (brasil, 2009). Estas situações mostram a necessidade de intervenção da equipe de saúde da família direta à comunidade.

Objetivo

Relatar a experiência das acadêmicas de enfermagem na realização de visitas domiciliares durante a prática clínica de saúde da família em uma comunidade do município de Curitiba.

Metodologia

Estudo do tipo relato de experiência realizado com famílias que moram em região considerada território de uma unidade de saúde da família do município de Curitiba - PR. As visitas foram realizadas no mês de novembro de 2011, por quatro acadêmicas de enfermagem, a professora da disciplina e uma agente comunitária de saúde (ACS), sendo um total de doze visitas domiciliares efetuadas. Os pacientes visitados eram cadastrados nos programas de hipertensão, diabetes, saúde mental e ainda ocorreu a busca ativa de crianças consideradas faltosas no programa de imunização. Durante as visitas foram realizadas orientações quanto a diversos cuidados com a saúde, verificações de sinais vitais e agendamentos de consultas de enfermagem.

Resultados

No primeiro dia foram realizadas três visitas domiciliares aos pacientes faltosos no programa de hipertensão. À senhora N.C.S, 64 anos, à senhora N.C, 57 anos e à senhora A.M, 52 anos. Durante essas visitas fomos recebidas cordialmente por todas, porém observamos a dificuldade na utilização adequada dos medicamentos prescritos e de mobilidade física, o que as impede de participar do programa na unidade. Em uma das residências observamos sérios problemas de falta de higiene, presença de umidade e grande desorganização do ambiente. No segundo dia, foram realizadas três visitas domiciliares para a busca ativa às crianças faltosas no sistema de informação de vacinas. Primeiramente fomos a residência de uma criança, C.I, 01 ano e 10 meses, em seguida, S.G, 01 ano e 9 meses e posteriormente à G.D.V., 2 anos. Observamos que todas as crianças são filhas de mães jovens ou adolescentes. Uma mãe relatou ter esquecido o dia da vacina e que iria levar a criança o quanto antes a unidade para regularizar o calendário. Na segunda visita conversamos com a avó materna da criança que relatou não saber o motivo que a mesma não foi levada à unidade de saúde para receber a vacina. Na terceira visita, verificamos que a criança mora em Curitiba há sete meses, veio do estado da Bahia e o pai relatou não estar bem orientado quanto ao calendário de vacinas. Nestas visitas relatamos para cada um dos responsáveis pelas crianças a importância da vacinação para a prevenção de diversas patologias e ainda o papel fundamental que eles têm sobre o controle da carteira de vacinação de seus filhos. No terceiro dia, realizamos quatro visitas a pacientes faltosos no programa de diabetes e saúde mental. À senhora O.S, 63 anos, à senhora A.G, 70 anos, à senhora A.M.C, 51 anos, e ao senhor A.S, 48 anos. Nestas visitas encontramos os pacientes em sua grande maioria deprimidos, apáticos e com dificuldades de ir até a unidade de saúde devido à diminuição da mobilidade física. Em uma das visitas o paciente relatou que não participa do programa de diabetes, por não ter tempo, pois trabalha fora durante todo o dia. Ressaltamos a todos os pacientes a importância do acompanhamento de sua condição de saúde, assim como as complicações causadas pelo diabetes.

No quarto dia, realizamos visita domiciliar a pacientes dos programas de hipertensão arterial e diabetes, primeiramente à senhora c.m.o.l, 45 anos, à paciente o.s, 54 anos, e j.w, 43. Nessas visitas nos surpreendemos com falta de preocupação dos usuários com sua própria saúde, pois apresentaram resistência em receber a equipe de saúde da família e as nossas orientações sobre promoção à saúde. Neste dia verificamos que todos os usuários visitados apresentavam alteração em sua pressão arterial e glicemia capilar, o que entendemos ser um grande problema para a equipe de saúde da família que trabalha na tentativa de prevenção de doenças e promoção à saúde.

Conclusão

O estudo nos possibilitou verificar a importância de o enfermeiro conhecer muito bem a área onde trabalha e pelo qual sua equipe de saúde da família tem responsabilidade. É preciso identificar não só os problemas da comunidade, mas também seu potencial de resolubilidade, de ajuda mútua, de crescimento e desenvolvimento social e econômico. Tornou-se, portanto, estratégico avaliar nesta prática clínica, o componente visita domiciliar, que segundo albuquerque e bosí (2009) tem seu significado ampliado passando a ser concebida como parte de um processo de atenção continuada e multidisciplinar, no qual se realizam práticas sanitárias, assistenciais e sociais, perpassadas pelo olhar da integralidade.

Percebemos que as visitas trazem maiores conhecimentos à comunidade sobre prevenção e promoção da saúde, evitando riscos previamente observados pela equipe e ainda o resgate de usuários que estejam impossibilitados de participar de ações na unidade de saúde. A visita domiciliar pode ser considerada ainda como fonte de dados para a equipe de saúde da família, que a partir de então tem maior embasamento para construir um planejamento de ações que vá de encontro às necessidades e expectativas das famílias e da comunidade.

Desse modo um bom enfermeiro é aquele que tem iniciativa, observa com atenção e de forma cuidadosa as pessoas, as coisas e o ambiente. É fundamental agir sempre com respeito e ética perante as pessoas da comunidade, bem como com os demais profissionais da equipe de saúde. Descritores: saúde da família, visita domiciliar, enfermagem.

Referências

ALBUQUERQUE, A. B. B. DE; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da estratégia saúde da família: percepções de usuários no município de fortaleza, ceará, brasil. Cad. Saúde pública, rio de janeiro, v. 25, n. 5, mai 2009 . Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-311x2009000500017&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 nov. 2011.

BRASIL, Ministério da saúde. As cinco diretrizes para a atenção básica no brasil. Revista

brasileira, saúde da família. Brasília, v.10, n.21, jan/mar, 2009. P. 27-30.

MCWHINNEY, I.R; FREEMAN, T. Manual de medicina de família e comunidade, porto alegre: artmed, 2010, 3ª ed.