



Faculdades Nova
Esperança

De olho no futuro

XII SEMANA DE ESTUDOS EM SAÚDE, DE EXTENSÃO E DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA 2016

ANAIIS

JOÃO PESSOA | PB

FACULDADE NOVA ESPERANÇA
Recredenciada pelo MEC: Portaria no 669, de 25/05/2011,
Publicada no DOU de 26/05/2011, página 18, seção 1.

ANAIS DA

XII SEMANA DE ESTUDOS EM SAÚDE E
XII SEMANA DE EXTENSÃO E INICIAÇÃO CIENTÍFICA

19 A 23 DE SETEMBRO DE 2016

CAROLINA DA CUNHA LIMA DE MENDONÇA PEDROSA
Coordenadora do Evento

JOAO PESSOA/PB
2016

Expediente

Diretora-presidente da Entidade Mantenedora

Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor Vice-presidente

João Fernando Pessoa Silveira

Diretora FAMENE

Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor FACENE

Eitel Santiago Silveira

Secretária Geral

Carolina Santiago Silveira Polaro Araújo

Secretário Adjunto

Edielson Jean da Silva Nascimento

Tesouraria

Alexandre Henrique Santiago Silveira

Biblioteca

Janaína Nascimento de Araújo – CRB15/103

Coordenadora Acadêmica das Faculdades Nova Esperança

Nereide de Andrade Virgínio

Coordenação do Curso de Enfermagem – FACENE

Daiane Medeiros da Silva

Coordenadora do Curso de Medicina - FAMENE

Gladys Moreira Cordeiro da Fonseca

Coordenação do Curso de Farmácia – FACENE

Daiene Martins Beltrão

Comissão Organizadora do Evento

Carolina da Cunha Lima de Mendonça Pedrosa

Alessandro Borborema Brito

Nereide de Andrade Virgínio

Cláudia Germana Virgínio de Souto

Gladys Moreira Cordeiro da Fonseca

Carolina Santiago Silveira Polaro de Araújo

Edielson Jean da Silva Nascimento

Cyelle Carmem Vasconcelos Pereira

Comissão Científica

Carolina da Cunha Lima de Mendonça Pedrosa

Juliana Almeida Marques Lubenow

Monik Maria da Silva Rodrigues

Maria Anunciada Agra de Oliveira Salomao

Rossana de Roci Alves Barbosa Costa

Cyelle Carmem Vasconcelos Pereira

Arte

Andeylson David da Silva Pontes

Divulgamos a seguir os trabalhos apresentados na XII Semana de Estudos em Saúde
XII Semana de Extensão e Iniciação Científica.

O conteúdo dos resumos é exclusivamente de responsabilidade dos autores.

João Pessoa, novembro de 2016.

Lista de Trabalhos

Pôster dialogado

1- AUMENTO DA MORTALIDADE DOS PACIENTES IMUNODEPRIMIDOS EM DECORRÊNCIA DA CO-INFEÇÃO COM A TUBERCULOSE

FILHO, Antônio Eliece Fernandes (Relator)

2-A EXTENSÃO COMO PROPOSTA DE ENTENDER AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS A PARTIR DO PROCESSO DE TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SILVA, Roberto Vagner Rodrigues da (Relator)

3-RELAÇÕES INTERPESSOAIS: REFLEXOS NO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

BARRETO, Luana Thaina Albuquerque (Relatora)

4-ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: PROPORCIONANDO UMA GRAVIDEZ SAUDÁVEL EM UM PROJETO DE EXTENSÃO

RIOS, Thayse Caroline Silva (Relatora)

5-CRISE CONVULSIVA: CONDUZIDAS REALIZADAS PELO LEIGO

SOARES, Alcione da Costa Soares (Relatora)

6-SÍNDROME DE LOEFFLER COMO UMA DAS COMPLICAÇÕES DA ASCARIDÍASE PROJETO DE EXTENSÃO BUSCANDO SAÚDE

GOMES, Abel Barbosa de Araujo (Relator)

7-RELAÇÃO DA FRAGILIDADE FÍSICA E DO EQUILÍBRIO FUNCIONAL DO IDOSO FRENTE ÀS OCORRÊNCIAS DE QUEDAS

JANUÁRIO, Dilyane Cabral (Relatora)

8-ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DAS NOTIFICAÇÕES E DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

MARQUES, Pedro Antonio Lima de Holanda (Relator)

9-CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM TRAQUEOSTOMIA - NOTA PRÉVIA

SÁ, Rosyara Lopes Vieira (Relatora)

10-OFICINA DE VASSOURAS RECICLÁVEIS: PRATICANDO A SUSTENTABILIDADE, CONSTRUINDO AUTONOMIA E PROMOVENDO QUALIDADE DE VIDA

BEZERRA, Daniel Sarmiento (Relator)

11-PERIGOS DOS CASOS ASSINTOMÁTICOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL NA DISSEMINAÇÃO DA DOENÇA

MEDEIROS JÚNIOR, Ivson José Almeida (Relator)

12-SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ PÓS INFECÇÃO VIRAL E BACTERIANA

COSTA, Brunna Hellen Saraiva (Relatora)

13-VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO: ENFRENTAMENTO E VULNERABILIDADE

ARAÚJO, Marília Juliane Albuquerque (Relatora)

14-CARACTERIZAÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS ENTRE IDOSOS PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

SILVA, Willames da (Relator)

15-ESCALAS DE DOR: REVISÃO DE LITERATURA

MORAIS, Riceli da Silva (Relatora)

16-TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: CONHECIMENTO DAS GESTANTES - NOTA PRÉVIA

PEREIRA, Rayanny dos Santos Angelo (Relatora)

17-DOENÇA DE CHAGAS CONGÊNITA: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

MEDEIROS JÚNIOR, Ivson José Almeida (Relator)

18-O ACOLHIMENTO COMO FERRAMENTA PARA O VÍNCULO ENTRE ACADÊMICOS DE MEDICINA E INDIVÍDUOS DA COMUNIDADE

FRANCIOLI, Marcela Bruna Alves (Relatora)

19-PERSPECTIVA DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM ENFEMAGEM NA CONSCIENTIZAÇÃO E ASSISTÊNCIA PRÉ HOSPITALAR A COMUNIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

HOULY JUNIOR, Sérgio Roberto Simões (Relator)

20-OFICINA DE ALEITAMENTO MATERNO COM GESTANTES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE EXTENSIONISTAS

CHAGAS, Lais Sara Conserva (Relatora)

21-DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA E SEUS ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

LIMA, Tyssia Nogueira (Relatora)

22-A IMPORTÂNCIA DE HÁBITOS SAUDÁVEIS EM GESTANTES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIAS DE EXTENSIONISTAS

PORTO, Raissa Freitas Cabral (Relatora)

23-FITOTERAPIA E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: MANIPULAÇÃO E USO DO XAROPE DE GUACO NOS PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS

LEITE, Maria Aparecida Vanessa da Costa (Relatora)

24-A ANATOMIA OCULTA DO RENASCENTISTA MICHELANGELO

SANTOS, Anderson Felix dos (Relator)

25-VÍRUS CHIKUNGUNYA E ARTRITE VIRAL CRÔNICA: MANIFESTAÇÕES E MANEJO CLÍNICO

QUEIROZ, Marianna Maciel Schettini de (Relatora)

26-RELAÇÃO ENTRE A INFECÇÃO POR HELICOBACTER PYLORI E LINFOMA GÁSTRICO DO TIPO MALT

LIMA, Gabriel Mendonça Diniz (Relator)

27-TROMBOSE DA VEIA PORTA: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

VASCONCELOS, Victor Souza Torres de (Relator)

28-SÍNDROME DA HIPERSENSIBILIDADE À DAPSONA E SUA SIMILARIDADE COM ASÍNDROME DE MONONUCLEOSE SÍMILE

CUNHA, Andreza Dantas Andrade (Relatora)

29-CLASSIFICAÇÃO DA DOR: UM COMPÊNDIO SOBRE OS SEUS TIPOS

ARAÚJO, Vladimir Lenin De Sousa Almeida e (Relator)

30-RELATO DE EXPERIÊNCIA: RODA DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA PARA PREVENÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE ADOLESCENTES

BRITO, Marina Brandão Ramalho de (Relatora)

31-A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO FORTALECIMENTO DA AUTOESTIMA DE ADOLESCENTES

ALVES, Rebeka Ingrid Nascimento (Relatora)

32-BREVE ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA DA TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA COMBINADA NA DOR NEUROPÁTICA

PAULA, Bruno Henrique Arruda De Paula (Relator)

33-OFICINA SOBRE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA ENTRE GESTANTES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

PEREIRA, Rayanny dos Santos Angelo (Relatora)

34-PROJETO DE EXTENSÃO ANATOMIA VIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

TARGINO, Anna Luiza Portela (Relatora)

35-RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR: UMA ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS MUDANÇAS NAS DIRETRIZES DE 2015

RAMOS, Bianca da Costa (Relatora)

36-CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA: UMA DISCUSSÃO DA LITERATURA SOBRE O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

JANUARIO, Nivia Alencar da Silva (Relatora)

1. AUMENTO DA MORTALIDADE DOS PACIENTES IMUNODEPRIMIDOS EM DECORRÊNCIA DA CO-INFECÇÃO COM A TUBERCULOSE

Antônio Eliece Fernandes Filho¹
Matheus Marques Paulo Neto²
Deodato Rolim Cartaxo²
Séphora Verônica Alves²

RESUMO

Introdução: A tuberculose pode se apresentar de forma atípica em indivíduos em imunocomprometidos, aumentando sua incidência, agravando a extensão desta infecção na saúde pública e dificultando seu diagnóstico. Fazendo necessário ações de políticas de saúde que visam a prevenção das doenças, controle de epidemias, adesão ao tratamento. **Métodologia:** Realizou-se uma revisão de literatura analítica e descritiva com a análise de artigos nas bases de dados do Scielo, e da Pubmed. **Resultados e Discussões:** Com base em artigos, evidenciou-se a possibilidade pacientes imunocompetentes infectados pelo bacilo da TB desenvolver a doença, chegando até 10% ao longo da vida, já no indivíduo infectado pelo HIV e sem intervenção terapêutica pode chegar até 10% ao ano, comprovando o aumento da mortalidade entre os pacientes co-infectados. **Considerações Finais:** O aumento de pacientes HIV+ contribuiu de forma direta para o crescente número dos casos de tuberculose. Fazendo necessário a adoção de medidas de saúde que visam medidas de prevenção, a detecção precoce da tuberculose e adesão ao tratamento, afim de reduzir essas incidências e a taxa de mortalidade desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose, Imunodeprimidos, Co-infecção.

¹ Autor relator e acadêmico da Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa – PB. E-mail: eliecefarma1@gmail.com).

² Acadêmicos da Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa – PB.

2. A EXTENSÃO COMO PROPOSTA DE ENTENDER AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS A PARTIR DO PROCESSO DE TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Roberto Vagner Rodrigues Da Silva²

Iara Medeiros De Araújo³

Luana Thaina Albuquerque Barreto⁴

Rossana De Roci Alves Barbosa Costa⁵

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência vivenciado durante uma das atividades do projeto de extensão universitária “Integração Ensino e Serviço como Estratégia para a Melhoria de Atuação da Equipe de Saúde da Família”. Foi realizada uma intervenção durante uma reunião de matriciamento onde um profissional psicólogo convidado por nosso grupo, realizando uma abordagem junto aos participantes desta reunião onde foram convidados a darem opinião, de forma oral e livre, sobre o cotidiano das atividades laborais. A partir das falas foi possível perceber de maneira muito clara a existência de conflitos importantes dentro da equipe. Foi possível concluir que é necessário reconhecer a função de cada profissional dentro de uma Unidade Básica, para que se estabeleça uma balança entre as funções exercidas na unidade e o atendimento oferecido à comunidade adstrita.

PALAVRAS-CHAVE: atenção básica; relações interpessoais; equipes de saúde.

INTRODUÇÃO

Em 1991 o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em vários estados brasileiros e em março de 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), como forma de resguardar e oferecer maior capacidade resolutiva ao trabalho dos agentes de saúde (SILVA, 2016).

O processo de trabalho das equipes de saúde no âmbito do PSF é em resumo: definir o território, programação e implementação de atividades de atenção à saúde, desenvolver ações que priorizem grupos de risco, realizar acolhimento com escuta qualificada, realizar atenção à saúde na unidade de saúde, nas residências e no território, desenvolver ações educativas, participar do planejamento local de saúde, desenvolver ações intersetoriais, dentre outras (BRASIL, 2012).

Faz parte do processo de trabalho das equipes de saúde, reuniões de planejamento para avaliar e planejar as ações, onde em teoria, é espaço para facilitar a interação entre a equipe e permite troca de informações e saberes. Mas há estudos que essas reuniões se tornam momento em que são marcados pela hierarquia de cargos e funções onde os lugares de interlocução mais centrais estão concentrados nos profissionais de nível superior, com uma tendência à desvalorização das demais falas (CARDOSO, 2010).

É nesse contexto que podemos inserir a extensão acadêmica como elo de entendimento das relações de equipe. Oportunizar a convivência da rotina dentro da unidade junto aos profissionais, nos permite conhecer em como o processo de trabalho se articula frente à comunidade circunscrita. A hierarquia de cargos e funções deve ser respeitada no limite das atribuições de cada um, não merecendo menor importância qualquer atividade ou profissão.

MÉTODO

Esta experiência ocorreu durante a realização de uma das atividades executadas pelo

projeto de extensão universitária “Integração Ensino e Serviço como Estratégia para a Melhoria de Atuação da Equipe de Saúde da Família”. Nele, são desenvolvidas diversas atividades junto à equipe de saúde inserida no bairro do Valentina, como ações de educação em saúde, capacitações para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e análise do processo de trabalho no território inserido. Para a análise em questão, o componente investigado se processou da seguinte forma: Durante uma reunião de matriciamento, realizada na unidade, contou com a presença de membros das 4 equipes de saúde que compõe a Unidade Integrada, uma psicóloga, a convite do grupo, realizando uma abordagem junto aos participantes desta reunião onde foram convidados a darem opinião, de forma oral e livre, sobre o cotidiano das atividades laborais.

Como instrumento motivador do conhecimento, utilizou-se uma dinâmica voltada ao grupo para facilitar o diálogo entre todos, com as seguintes abordagens: 1. Qual o papel de cada profissional de saúde dentro da equipe? 2. Quais as maiores dificuldades encontradas no território? 3. Quais atividades e educação são realizadas no território? 4. A atividade foi proposta pelo nosso grupo com o objetivo de identificar os pontos frágeis para que fosse possível planejar uma intervenção visando qualificar o trabalho da equipe e assim auxiliar no processo de trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das falas foi possível perceber de maneira muito clara a existência de conflitos importantes dentro da equipe, onde mostrou-se uma certa “divisão de classes”, comprometendo a proposta advinda do Ministério da Saúde que o trabalho em equipe deve otimizar o serviço de saúde. Foi possível ainda notar uma sobrecarga de serviço burocrático, uma demanda de serviço e de população adstrita, além do preconizado a ser trabalhado na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Restou demonstrado que os agentes comunitários assumem posições de responsabilidade frente ao processo de trabalho nas unidades, porém, por questões de má distribuição intersetorial, são prejudicados na execução de suas funções. A necessidade é prevalente quando se fala em estabelecer limites e dar importância as funções exercidas dentro da unidade. Foi uma experiência enriquecedora. Oportunizamos o momento para conhecer melhor a opinião dos agentes comunitários que, de fato, emprestam sua dedicação diária àquela comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das observações expostas, houve o entendimento das reais necessidades da equipe, proporcionando um planejamento das ações direcionadas ao setor, onde ficou claro que o quesito “relações interpessoais” deverá ser tratado de maneira mais cuidadosa, haja vista a sua relevância no cotidiano dos serviços.

Esta atividade, dentre outras, realizadas pelo grupo de extensão durante o semestre letivo 2016.1, permitiram categorizar nossa observação em três diferentes temáticas: 1 – Primeiros Passos – Contato Inicial; 2 – As vivências realizadas; 3 – Próximos Passos – Perspectivas.

Oportuno destacar a sequência dessa temática frente à resolubilidade dos conflitos dentro da equipe. Entender como se articulam essas relações no dia-a-dia desses profissionais e tentar extrair as soluções necessárias é questão de relevância. A comunidade, que é passiva nessa relação de troca (acata os serviços ofertados), deve ter o retorno dessa equipe com efetividade, a fim de que se evite atropelos e desordem no atendimento. É preciso reconhecer a função de cada profissional dentro de uma Unidade Básica, para que se estabeleça uma balança entre as funções exercidas na unidade e o atendimento oferecido à comunidade adstrita.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, jun. 2010.

SILVA, A. P. F.; MELO, L. S.; VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e Atenção à Saúde da Família**. UFPB-PRAC: X Encontro de Extensão. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex_xienid/x_enex/ANAIS/Area6/6CCSDPSPEX01.pdf>. Acessado em: 06 ago. 2016.

¹ Vinculado a atividades do projeto de Extensão universitária “Integração Ensino e Serviço como Estratégia para a Melhoria de Atuação da Equipe de Saúde da Família” vinculado as Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança.

² Relator: Graduando em Enfermagem, Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: robertovgn@gmail.com.

³ Doutora, docente das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, João Pessoa (PB), Brasil.

⁴ Graduanda em Medicina, Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, João Pessoa (PB), Brasil.

⁵ Psicóloga. Mestranda em Saúde da família, Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, João Pessoa (PB), Brasil.

3. RELAÇÕES INTERPESSOAIS: REFLEXOS NO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA¹

Luana Thaina Albuquerque Barreto²

Iara Medeiros De Araújo³

Roberto Wagner Rodrigues Da Silva⁴

Rossana De Roci Alves Barbosa Costa⁵

RESUMO

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, cuja estruturação da base teórica foi realizada a partir da pesquisa e análise de relevância histórica e contemporânea, em artigos científicos. As discussões foram feitas dentro do grupo de estudos como uma das atividades do projeto de extensão universitária “Integração Ensino e Serviço como Estratégia para a Melhoria de Atuação da Equipe de Saúde da Família”. O objetivo desta revisão foi a busca de entender a rotina de atendimento da Equipe de Saúde da Família, o acesso da comunidade à unidade de saúde e o relacionamento da equipe na produção e execução dos serviços prestados. Foi possível entendermos que o investimento na qualificação dos profissionais poderia contribuir para uma melhor perspectiva no trabalho em equipe.

PALAVRAS-CHAVE: atenção básica; relações interpessoais; equipes de saúde.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) é tida como a ‘Porta de entrada’ dos usuários nos sistemas de saúde, que, através das Unidades de saúde da Família (USF), promovem as políticas de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, organizados em equipes multidisciplinares.

É importante destacar que o fortalecimento e sedimentação da saúde pública no Brasil como direito Universal, ganhou cenário junto à promulgação da Constituição Federal de 1988, que definiu as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), ora regulamentada pela lei 8.080/1990.

Não obstante os avanços na última década no processo de consolidação do SUS (descentralização com efetiva municipalização), a execução dessas políticas utilizava de forma irracional os recursos tecnológicos disponíveis, gerando baixa resolubilidade e alto grau de insatisfação para todos os partícipes do processo (gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços).

Analisando todo esse contexto e visando, enquanto estratégia setorial, a reorientação do modelo assistencial brasileiro, o Ministério da saúde assumiu, a partir de 1994, como resposta internacional a essa conjuntura, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF).

É nesse cenário que destacamos a importância de um bom relacionamento entre as categorias profissionais inseridas na unidade de saúde. O trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF), é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e somando-se com os saber popular do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

As ações educativas devem ser oportunizadas de maneira que possamos extrair aprendizado junto à equipe multidisciplinar e a comunidade. Entender a rotina de atendimento, o acesso da comunidade à unidade e o relacionamento da equipe na produção e execução dos serviços prestados, são marcadores importantes na construção da aprendizagem acadêmica.

De modo geral, foi feito uma busca de artigos com temas voltados para o relacionamento das equipes, com vistas ao entendimento da rotina operada nas unidades junto à comunidade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura, cuja estruturação da base teórica foi realizada a partir da pesquisa e análise de relevância histórica e contemporânea, em artigos científicos.

A revisão narrativa não utiliza nenhum processo explícito e sistemático para a busca e análise crítica da literatura. A busca não precisa esgotar as fontes de informações. Não aplica estratégias de busca sofisticadas e exaustivas. A seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores. (USP,2015).

O referencial teórico foi pesquisado por meio de busca nas bases de dados eletrônicas, Biblioteca virtual em saúde (BVS) e na Scielo (Livraria Científica Eletrônica On line), abordando temas relacionados as relações interpessoais dentro da equipe de saúde da família. Foram utilizados os seguintes descritores: atenção básica AND relações interpessoais AND equipes de saúde.

As pesquisas foram sendo selecionadas conforme os descritores. Foram incluídos os artigos completos disponíveis, os que foram publicados nos últimos 5 anos (2011-2016), os disponíveis em português. Foram excluídos textos repetidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando os artigos e extraindo o foco das relações interpessoais nas unidades de saúde da família, percebe-se a importância dada à interação equilibrada da equipe para facilitar a resolução de conflitos. É importante a formação de vínculos profissionais saudáveis, de maneira que reflita no atendimento àquela comunidade circunscrita.

A literatura evidenciou que a rede de relações e interações da equipe de saúde necessita de ações interdisciplinares e inter-setoriais para agregar ao serviço de saúde o cotidiano da comunidade, visando a uma aproximação maior com o usuário, bem como para fortalecer e qualificar a assistência à saúde.

As diretrizes programáticas do PSF já são bem conhecidas. A reorganização da atenção à saúde implica numa reordenação da própria lógica de montagem das equipes. Essas equipes devem ser compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais, de acordo com as características e demandas dos serviços poderão ser incorporados, tais como psicólogos, dentistas, fisioterapeutas.

Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, mil famílias ou 4.500 pessoas que residam ou trabalhem no território de responsabilidade da unidade de saúde, agora denominada "Unidade Básica de Saúde da Família".

Um dos caracteres de diferenciação desse processo é que os profissionais das equipes de saúde devem residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. Por sua vez, para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os ACS também devem residir nas respectivas áreas de atuação.

Foi oportuno verificar que das relações em equipe, deve-se apresentar proposta para convivência saudável, fortalecer vínculos entre a equipe, reforçar laços afetivos, construir o processo de trabalho, e fechar os grupos reforçando os aspectos já trabalhados.

CONCLUSÃO

De maneira geral, constatou-se ser imprescindível nas relações profissionais conhecer-se e conhecer o outro na sua individualidade, a fim de estar disponível para relacionar-se com as demais pessoas. Evidências dos profissionais no processo de trabalho, enviar a relevância em dar ênfase ao relacionamento interpessoal e as subjetividade para garantir resolubilidade de gestão e atendimento satisfatório à comunidade, evitando conflitos de hierarquia. Foi possível entendermos

que o investimento na qualificação dos profissionais poderia contribuir para uma melhor perspectiva no trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública. São Paulo v. 34, n. 3, jun 2000.**

FERNANDES, H. N. et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **J. res.: fundam. care.** Online, v. 7, n. 1, p. 1915-1926, jan./mar, 2015.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 25, n. 3, 2012.

MARTINS, A. R. et al. Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, jan./mar. 2012.

¹ Vinculado a atividades do projeto de Extensão universitária “Integração Ensino e Serviço como Estratégia para a Melhoria de Atuação da Equipe de Saúde da Família” vinculado as Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança.

² Relator: Graduanda em Medicina, Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: luana.barretoadv@gmail.com.

³ Doutora. Discente das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, João Pessoa (PB), Brasil.

⁴ Graduando em Enfermagem, Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, João Pessoa (PB), Brasil.

⁵ Psicóloga, Mestranda em saúde da família, Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, João Pessoa (PB), Brasil.

4. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: PROPORCIONANDO UMA GRAVIDEZ SAUDÁVEL EM UM PROJETO DE EXTENSÃO¹

Thayse Caroline Silva Rios²
Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino³
Laís Sara Conserva Chagas⁴
Rayanne Ângelo dos Santos⁵
Raíssa Freiras Cabral Porto⁶

RESUMO

A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Tendo em vista toda esta discussão o presente estudo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas pelas extensionistas de um projeto de extensão destinado ao público de gestantes em uma oficina sobre Importância da realização do Pré-natal. Trata-se de um relato de experiência vivenciado pelas acadêmicas de enfermagem e medicina enquanto extensionistas. O pré-natal foi um dos primeiros temas abordados no grupo de gestante por ser de grande relevância e imprescindível nesse momento que talvez seja o mais importante da vida de toda mulher. O grupo de gestantes é visto como uma complementação da promoção e prevenção de saúde realizada nas Unidades Básicas de Saúde, através dele pode-se conhecer mais o dia a dia de cada uma, criando um vínculo de afeição, carinho e acima de tudo de confiança.

PALAVRAS-CHAVE: pré-natal. Mortalidade Materna. Mortalidade Neonatal. Atenção Básica à Saúde.

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher tem sido um campo de grande preocupação e discussões ao longo de várias décadas. A vivência gestacional é um período muito peculiar na vida de uma mulher, e o nascimento do filho é uma experiência única, portanto, merecem ser tratados de forma singular e especial por profissionais qualificados e pela equipe multidisciplinar (VIEIRA et al., 2011).

O pré-natal é um acompanhamento da evolução da gestação, em geral realizado pelo obstetra, que visa cuidar da saúde da mulher e de seu bebê até que o parto ocorra. Vai além do cuidar da saúde física, pois é durante o pré-natal que o médico orienta a mulher sobre sua gravidez, os cuidados que ela deve ter neste período, a nutrição, exercícios, trabalho de parto, parto, aleitamento e outros temas. Há a oportunidade de conversar sobre suas dúvidas e seus medos, de ter um apoio. Algumas vezes outros profissionais de saúde, além do obstetra, são requisitados para avaliar e/ou orientar a gestante (AQUINO, 2005).

Tendo em vista toda esta discussão o presente estudo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas pelas extensionistas de um projeto de extensão destinado ao público de gestantes em uma oficina sobre Importância da realização do Pré-natal.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por acadêmicas de enfermagem e medicina da FACENE /FAMENE enquanto extensionistas do projeto intitulado: “GRUPO DE GESTANTES: perspectivas para uma gestação, parto e puerpério saudáveis”.

As reuniões, com cerca de 30 gestantes, acontecem semanalmente às quartas-feiras nas dependências das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE) e é composto por 2 docentes, 2 discentes da graduação de enfermagem e 2 discentes da graduação de

medicina, e são explorados diversos temas relacionados à gravidez, parto e puerpério. Temas esses, escolhidos por elas mesmas, tendo como finalidade proporcionar uma gravidez saudável, esclarecer dúvidas, tranquilizar os temores e orientar sobre as modificações fisiológicas da gravidez.

As ações contam com diversos meios para atrair a atenção das gestantes, tais como vídeos, brincadeiras e dinâmicas, panfletos educativos, manequins, distribuição de lanches, dentre outros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Programa Nacional de Humanização à Assistência Hospitalar (PNHAH) estabeleceu como objetivo melhorar a eficácia e a qualidade da assistência e atenção dispensada aos usuários de rede hospitalar, capacitando os profissionais de saúde para um conceito de atenção baseada na valorização da vida humana, beneficiando os profissionais e o usuário do serviço de saúde (VIEIRA et. al. 2011).

Os profissionais de saúde desempenham importante papel na atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Será importante que a mulher reconheça e sinta-se acolhida no processo de monitoramento e acompanhamento da gestação, beneficiando sua saúde e a de seu filho (VEIRA et. al., 2011).

O pré-natal é uma forma que o profissional de saúde tem para acompanhar a gestante em todos os trimestres de gestação, durante essa assistência a gestante recebe diversas orientações, quanto à prática de exercícios físicos, à alimentação saudável, quanto à importância de evitar o fumo, o tabagismo e a realização de exames laboratoriais que visam identificar e tratar doenças que podem trazer prejuízos à saúde da mãe ou da criança.

As normas de atenção ao pré-natal do Ministério da Saúde têm o propósito de oferecer aos profissionais de saúde que prestam assistência à gestante a normatização de procedimentos e condutas a ser realizada em toda consulta pré-natal. Os padrões e protocolos nacionais que definem o tipo de cuidado que se oferece em cada nível do sistema de saúde são essenciais para orientar e apoiar a prática da atenção de qualidade (CUNHA, 2009).

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado integralmente pela enfermeira. A enfermeira possui embasamento teórico-científico e respaldo legal para prestar assistência pré-natal de baixo risco, e se esperam dela o acompanhamento e a assistência à população de gestantes. As altas taxas de morbimortalidade materna ainda permanecem como um desafio a vencer, e a atenção qualificada no pré-natal pode contribuir significativamente na redução dessas taxas e promover uma maternidade segura. No entanto, o oferecimento de uma atenção qualificada está na dependência do desempenho qualificado por parte dos profissionais que assistem mulheres na gestação (CUNHA, 2009).

O pré-natal foi um dos primeiros temas abordados no grupo de gestante do projeto de extensão por ele ser de grande relevância e imprescindível nesse momento, que talvez seja o mais importante da vida de toda mulher, pois a gestante necessita de alguém que esteja ali para tirar todas as dúvidas quanto a sua saúde e a do seu bebê e, acima de tudo, criando um vínculo de acolhimento, segurança e tendo alguém em quem confiar.

Durante a abordagem do tema foi mencionado a conduta multiprofissional (enfermagem e médica) frente aos exames físicos e questionamentos frequentes acerca do assunto em questão, importância da adesão de hábitos saudáveis, realização dos exames laboratoriais, modificações gravídicas, queixas principais, medos e dúvidas relacionados à gestação foram alguns dos tópicos relatados pelas extensionistas.

O projeto de extensão é de grande importância para as extensionistas, pois, pode abrir um novo horizonte para a vida, através da troca de conhecimentos, saberes e culturas entre as gestantes e as estudantes da área de saúde. É a hora de colocar em prática tudo o que aprendeu em sala de aula. Hora que a teoria e a prática se encontram com o objetivo de transmitir todo o conhecimento adquirido às gestantes em relação à saúde da mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez, bem como o parto, são eventos fisiológicos. No entanto promovem alterações físicas e emocionais nas mulheres, requerendo cuidados por parte da família e dos profissionais de saúde, justificando a atenção para além de um útero gravídico.

O grupo de gestantes é visto como uma complementação da promoção e prevenção de saúde realizada nas Unidades Básicas de Saúde, através dele pode-se conhecer mais o dia a dia de cada uma, criando um vínculo de afeição, carinho e acima de tudo de confiança e possibilitando o intercâmbio de experiências e conhecimentos, por isso é considerado a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. Ouvir de cada uma que participa desse grupo que os assuntos estão sendo abordados e transmitidos da melhor maneira possível e que sentirão saudades quando tudo isso terminar e chegar a sua hora de dar à luz é uma mistura de felicidade e gratidão e por saber que de alguma forma esse projeto contribuiu na vida da gestante e de uma nova vida que está por vir. Pois, é na gravidez que a mágica da vida acontece.

REFERÊNCIAS

AQUINO, M.M.A **Gestação - Pré-natal, atividades físicas e alimentação e ganho de peso** Campinas, 2005. Disponível em: <http://www.saudetotal.com.br/artigos/mamaebebe/gestacao.asp> Acesso em: 11.09.2016

ARAÚJO, N.M.; ÉSBER, K.; LORENZI, D.,R.,S.; TREVISAN, M.,R. **Perfil da** Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília – DF, Editora do Ministério da Saúde, 2012.

¹ Relato de experiência de discentes do Projeto de Extensão intitulado: “GRUPO DE GESTANTES: PERSPECTIVAS PARA UMA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO SAUDÁVEIS - 2016”, das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE).

² Discente da graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE). Relatora do trabalho.

³ Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/PB). Coordenadora do Projeto. Orientadora.

⁴ Discente da graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE)

⁵ Discente da graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE)

⁶ Discente da graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).

5. CRISE CONVULSIVA: CONDUTAS REALIZADAS PELO LEIGO¹

Alcione da Costa Soares²

José Nildo de Barros Silva Júnior³

Ana Carolina Lima Tavares de Melo⁴

Salmana Rianne Pereira Alves⁵

RESUMO

A crise convulsiva é compreendida como um estímulo elétrico anormal em determinada região do cérebro, esses estímulos normalmente causam espasmos musculares involuntários e perda da consciência. O Objetivo deste estudo é identificar através da literatura as condutas realizadas pelos leigos diante de uma vítima em crise convulsiva. Trata-se de um estudo bibliográfico desenvolvido a partir de material já elaborado, nesse caso, livros disponíveis na biblioteca da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), publicados no período de 2011 a 2014, como também artigos publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foi realizada uma leitura analítica com a finalidade de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, para obtenção de respostas ao problema da pesquisa. Diante da relevância das situações de emergência em locais públicos e de difícil acesso aos profissionais da saúde, constatamos que a orientação desse público alvo traz resultados inerentes para o aumento da sobrevivência da vítima.

PALAVRAS-CHAVE: distúrbio convulsivo, condutas, emergência.

INTRODUÇÃO

A falta de conhecimento da população em geral, em situações emergenciais, pode ocasionar inúmeros problemas. Condutas incorretas com a vítima, entre outras situações, podem agravar ainda mais o caso. A crise convulsiva está entre essas situações emergenciais e é compreendida como um estímulo elétrico anormal em determinada região do cérebro, causando espasmos musculares involuntários e perda da consciência. A causa principal de uma convulsão é a epilepsia, porém, existem muitas outras como: tumores, hipoglicemia, overdose, TCE, meningite, febre alta, eclampsia, entre outras (BACCARINI, 2014).

A fisiologia normal do cérebro funciona a partir de descargas elétricas minimamente controladas e de redes neuronais formadas por milhares de neurônios individuais. A neuroexcitação descoordenada necessita de, no mínimo duas anormalidades fisiológicas: a excitação excessiva de neurônios individuais e a sincronização de grandes redes neuronais. O desequilíbrio entre neurotransmissores excitatórios e inibitórios que fazem sinapses nos neurônios individuais são os principais desencadeadores da neuroexcitabilidade (ROWLAND, 2011).

A crise convulsiva tem como sinais e sintomas os espasmos, perda de consciência, relaxamento dos esfíncteres, sialorréia, alterações audiovisuais, trismo (com eventual mordedura da língua), vômitos entre outros. A crise dura cerca de 1 a 3 minutos, inicia, atinge seu ápice e cessa espontaneamente, sendo necessária a intervenção medicamentosa por um profissional caso a crise ultrapasse 5 minutos (BACCARINI, 2014).

É necessária a orientação educacional ao público leigo, visando a despertar mudanças comportamentais e noções básicas de primeiros socorros que possam contribuir para a redução dos acidentes. Nardino (2012) enfatiza sobre o desconhecimento das pessoas, o que pode acarretar a muitos problemas, tais como: pânico ao presenciar o acidente, movimentação inadequada da vítima e solicitação excessiva e às vezes desnecessária do socorro especializado em emergência. A capacitação para leigos é de grande importância para o aumento da sobrevivência da vítima, visto que o primeiro contato e o socorro são realizados por pessoas circulantes do local. As condutas

emergenciais realizadas por um leigo capacitado, em caso de convulsão, pode diminuir o risco de lesões e complicações para a vítima. A partir deste contexto, questiona-se: Quais as condutas realizadas pelo leigo diante de uma vítima com crise convulsiva?

O Objetivo deste estudo é identificar através da literatura as condutas realizadas pelos leigos diante de uma vítima com crise convulsiva.

MÉTODO

Trata-se de um estudo bibliográfico desenvolvido a partir de material já elaborado, nesse caso, livros disponíveis na biblioteca da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), publicados no período de 2011 a 2014, como também artigos publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se como descritores: distúrbio convulsivo, condutas, emergência, conectando através do operador booleano And, onde se obteve um total de 8 artigos. Foi realizada uma leitura analítica com a finalidade de ordenar e sumariar as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitassem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa. A pesquisa foi realizada de acordo com os aspectos éticos no tocante a citação dos autores dos artigos e livros utilizados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Sousa (2014) e Stone (2013) as condutas emergenciais sobre a crise convulsiva para o leigo, abrangem:

- Remova todos os objetos ao redor que ofereçam risco de machucá-la;
- Proteja a cabeça da vítima, para não provocar lesão;
- Afrouxe a roupa da vítima;
- Coloque a vítima em posição de conforto lateralizando a cabeça quando houver a salivação excessiva;
- Acalme e oriente a vítima;
- Leve-a a um serviço de saúde tão logo a convulsão tenha passado;
- Se a crise ultrapassar 5 minutos solicite ajuda (SAMU 192);
- Não deixe a vítima sozinha;
- Não tente puxar a língua, nem coloque objetos de nenhuma espécie na boca da vítima;
- Não ponha sal, nem açúcar na boca da vítima;
- Não contenha os espasmos.

O papel do leigo ganha cunho profilático em relação a lesões secundárias do tipo: prevenção à traumatismos, proteção e abertura das Vias aéreas (VVAA), evitar riscos ao atendente (mordidas), ou trauma por imobilização. Daí parte a necessidade imprescindível de saber reconhecer, lidar, o que fazer e o que não fazer nestas situações.

Vale salientar que a conscientização do leigo é importante, pois propicia um aumento na sobrevivência da vítima, uma vez que, o acesso precoce ao serviço especializado pode ser atrasado pela incapacidade das pessoas em avaliar a emergência. As condutas de primeiros socorros são essenciais para preparação da população leiga para a realização do atendimento inicial em situações de emergência. Ressalta-se, porém, que esse treinamento deve ser realizado por pessoal capacitado e de maneira a permitir a retenção e a aplicação do conhecimento quando necessário (PERGOLA, ARAÚJO, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da relevância das situações de emergência em locais públicos e de difícil acesso aos profissionais da saúde, constatamos a inerência da necessidade da orientação do público leigo

sobre condutas a serem tomadas diante das situações de emergências, sejam elas de qualquer natureza, inclusive de crise convulsiva.

Esse trabalho possibilitou conhecer de forma mais aprofundada as condutas emergenciais para leigos sobre crise convulsiva. Sendo considerada uma conduta importante a ser mostrada e ensinada ao público alvo. E como consequência, o leigo aprenderá de forma sucinta e de fácil entendimento quais condutas devem ou não serem realizadas, favorecendo assim, um melhor atendimento para a vítima.

REFERÊNCIAS

BACCARINI, Marco Tulio; STARLING, Sizenando Vieira. **Erazo, manual de urgências em pronto-socorro**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

CUNHA M. A. et al. **Assistência Pré-Natal: Competências Essenciais Desempenhadas Por Enfermeiros** 2009 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a20> Acesso em: 11.09.2016.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O.. **Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 121-125, Abril 2006.

NARDINO, Janaine; BADKE, Marcio Rossato; et al. Atividades educativas em primeiros socorros. **Revista Contexto & Saúde**. Ijuí, v:12, n:23, Jul./Dez. 2012.

OSIS, M., J., D. **Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 49-53, Fev. 1993.

PERGOLA, Aline Maino; ARAUJO, Izilda Esmenia Muglia. O leigo em situação de emergência. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 769-776, Dez. 2008.

ROWLAND, Lewis P; PEDLEY, Timothy A. **Tratado de neurologia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOUSA, Lucila Medeiros Minichello de Sousa. **Suporte básico à vida**. 1.ed. São Paulo: Érica, 2014.

STONE, C. Keith; HUMPHRIES, Roger L. **CURRENT medicina de emergência: diagnóstico e tratamento**. 7. ed., Porto Alegre: AMGH, 2013.

VIEIRA, S. M. et al. **Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal**. Florianópolis, v. 20, 2011.

¹ Projeto de extensão FAPH – FACENE no Atendimento Pré-Hospitalar: Capacitando o cidadão para condutas emergenciais.

² Graduanda em Bacharelado de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, (FACENE, João Pessoa, Paraíba), yonesoares@outlook.com

³ Graduando em Bacharelado de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, (FACENE, João Pessoa, Paraíba), juniormengo.777@hotmail.com

⁴ Graduanda em Bacharelado de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, (FACENE, João Pessoa, Paraíba), ana.carolina_01@hotmail.com

⁵ Enfermeira, Pós graduação em Urgência e emergência, Mestranda em Saúde da Família, docente da Faculdade de

Enfermagem Nova Esperança, Coordenadora do Projeto FAPH. (FACENE, João Pessoa, Paraíba)

6. SÍNDROME DE LOEFFLER COMO UMA DAS COMPLICAÇÕES DA ASCARIDÍASE PROJETO DE EXTENSÃO BUSCANDO SAÚDE

Abel Barbosa de Araújo Gomes¹
Gabriela Batista Vieira de Sousa¹
Jairo Carvalho Dias Filho¹
Thamara Leite Lopes Carneiro¹
Clélia de Alencar Xavier Mota²
Ana Karina Holanda Leite Maia³

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Ascaridíase é uma parasitose muito frequente no Brasil, com altas prevalências, principalmente na zona rural. É causada pelo verme *Ascaris lumbricoides* que é transmitida através da ingestão de água ou de alimentos contaminados pelos ovos contendo a larva no estágio L3. Como patogenia, as larvas que migram para os alvéolos pulmonares podem determinar um quadro de pneumonia com diversos sintomas, a chamada Síndrome de Loeffler. **OBJETIVO:** Compreender a Síndrome de Loeffler como complicação da Ascaridíase. **MÉTODO:** É um estudo descritivo, através do levantamento de informações coletadas em artigos científicos encontrados na base de dados na internet. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A Síndrome de Loeffler é um achado clínico raro, caracterizada por infiltração alveolar e intersticial eosinofílica. Os sintomas incluem tosse, febre baixa, sudorese noturna e emagrecimento. O raio X mostra um processo alvéolo condensante bilateral extenso. Essa pneumonia é causada pela hipersensibilidade imediata da migração da larva de *Ascaris lumbricoides* para o pulmão. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É fundamental a familiarização com os achados clínicos e radiológicos presentes nos casos de ascaridíase complicada, para que seja instituído tratamento clínico adequado em tempo hábil.

PALAVRAS-CHAVE: Ascaridíase, eosinofilia pulmonar, síndrome de Loeffler.

INTRODUÇÃO

No Brasil, parasitas intestinais, especialmente os helmintos, constituem grande problema de saúde pública, devido sua morbidade e extrema dificuldade de serem controlados (LOPES et al., 2005). Algumas destas infestações parasitárias cursam com comprometimento respiratório. E por se tratarem de situações clínicas menos usuais, são geralmente menos cogitadas em termos de diagnóstico diferencial, impossibilitando desta forma, detecção e terapêutica precoces. (LOPES et al., 2005).

A Ascaridíase é uma parasitose muito frequente no Brasil, com altas prevalências, principalmente na zona rural. É causada pelo verme *Ascaris lumbricoides* que é transmitida através da ingestão de água ou de alimentos contaminados pelos ovos contendo a larva no estágio L3. Apresenta um ciclo pulmonar (CICLO DE LOSS). Com isso, como patogenia, as larvas que migram para os alvéolos pulmonares podem determinar um quadro de pneumonia com diversos sintomas, a chamada Síndrome de Loeffler (DORIA; ROCHA, 2000; MELO et al., 2004; WANI et al., 2006; MISHRA et al., 2008; CASTILLO; GONZÁLEZ, 2011).

A Síndrome de Loeffler é uma síndrome relacionada principalmente à infecção parasitária causada por *Ascaris lumbricoides* com comprometimento do trato respiratório associada à eosinofilia e alteração radiológica, causada por infecção parasitária e reação de hipersensibilidade aguda a drogas (SHOFF; SHEPHERD, 2008).

Esta síndrome pode ocorrer em indivíduos de qualquer faixa etária. Países de clima tropical e, principalmente, aqueles com condições sanitárias precárias, tem prevalência ainda maior

(SHARMA; VINIKOOR, 2010).

Tendo em vista a importância de analisar detalhadamente os dados clínicos e laboratoriais para o estabelecimento de um diagnóstico correto e precoce, esse trabalho tem como objetivo compreender a Síndrome de Loeffler como complicação da Ascaridíase.

MÉTODOS

É um estudo descritivo, através do levantamento de informações coletadas em artigos científicos encontrados na base de dados na internet como PubMed, Scielo, Bireme, Medline e Lilacs. A busca utilizou palavras correlacionadas com ascaridíase, eosinofilia pulmonar e síndrome de Loeffler.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A síndrome de Loeffler representa uma pneumonite eosinofílica transitória, por reação de hipersensibilidade imediata, decorrente da migração pulmonar das larvas de parasitas, principalmente os helmintos (MAGALHÃES et. al., 2006).

As lesões pulmonares são transitórias e as alterações radiológicas são caracterizadas por sombras que variam de tamanho e forma, e podem surgir em qualquer um dos lobos pulmonares. Esta síndrome tem uma evolução clínica benigna (KOBZIK, 2000).

A infecção por *A. lumbricoides* inicia-se com a ingestão de ovos de vermes presentes em alimentos contaminados, as larvas liberadas no intestino, alcançam a circulação portal, atravessam o fígado e chegam à circulação pulmonar, onde invadem o espaço alveolar. Neste estágio ocorre o desenvolvimento da larva, que é então reintroduzida no canal alimentar através da deglutição de escarro contaminado. A larva atinge então a fase adulta, iniciando a reprodução e a colocação de ovos, que irão contaminar o solo e conseqüentemente os alimentos, reiniciando o processo. O desenvolvimento da infecção por *A. lumbricoides* da ingestão até a maturação do verme adulto e eliminação de ovos dura cerca de 18 a 42 dias e os sintomas, quando presentes, iniciam-se após 1 a 2 semanas do contágio (SHOFF; SHEPHERD, 2008).

Clinicamente, como descrito por Magalhães et al. (2006), a Síndrome de Loeffler é caracterizada por um quadro auto-limitado, de 1 a 2 semanas. A tosse seca é o sintoma mais comum, podendo estar presente também febre baixa, dispnéia do tipo asmático, e mais raramente, pode ocorrer hemoptise, mialgia, anorexia e urticária. Os sintomas surgem 10 a 16 dias após o início da infecção, seja a ingestão do ovo ou a penetração das larvas, dependendo do verme (SHARMA; VINIKOOR, 2010).

O exame físico pode ser normal ou apresentar sibilos e crepitações finas à ausculta pulmonar. Podendo, ainda, associar-se a manifestações extra-pulmonares como hepatomegalia, reações meníngeas ou erupção cutânea prurítica (MAGALHÃES et. al., 2006).

Laboratorialmente, a Síndrome de Loeffler é caracterizada por eosinofilia sanguínea entre 500-1000 células/mm³, podendo estar ausente em alguns casos. O exame parasitológico das fezes, é importante, entretanto, na maioria dos casos ele é inicialmente negativo, permanecendo desta forma até cerca de 8 semanas após o início dos sintomas pulmonares (CAMPOS; PEREIRA, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso em questão, chama atenção à dificuldade para se estabelecer o diagnóstico, algumas vezes confundido com pneumonia comunitária ou asma de difícil controle. É fundamental a familiarização com os achados clínicos e radiológicos presentes nos casos de ascaridíase complicada, para que seja instituído tratamento clínico adequado em tempo hábil. Uma vez conhecendo suas formas de apresentação e complicações, os profissionais de saúde estarão aptos a manejá-la apropriadamente, contribuindo para diminuir sua morbimortalidade nas regiões

endêmicas.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, L.E.M; PEREIRA, L.F.F. **Eosinofilia pulmonar**. J. bras. pneumologia, São Paulo, v. 35, n.6, 2009.

DORIA, A. S.; ROCHA, M. S. Achados radiológicos nas complicações da ascaridíase: relato de casos e revisão da literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 22, n. 2, p. 178-184, 2000.

FERREIRA, M.U; FERREIRA, C.S; MONTEIRO, C.A. Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n.6, 2000.

KOBZIK, L. **O pulmão**. Patologia estrutural e funcional – Robbins. 6ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Cap. 16, p. 663, 2000.

LOPES et. al. **Síndrome de Löffler**. Pulmão. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 325-327, 2005.

MAGALHÃES, E; TAVARES, B; CHIEIRA, C. Eosinophilic pneumonias. **Revista portuguesa de alergologia**. v. 14, n. 3, p. 196-217, 2006.

NEVES, D. P. **Parasitologia Humana**. 10 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

SHARMA, G.D; VINIKOOR, M.J. **Löffler syndrome**. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/1002606-overview>>. Acesso em 08 Set. 2016.

SHOFF, W.H; SHEPHERD, S.M. **Ascariis**. Disponível em: < <http://emedicine.medscape.com/article/996482-overview>>. Acesso em 08 Set. 2016.

¹ Graduandos em Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

² Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e orientadora do Projeto de Extensão - Buscando Saúde: Um Enfoque Lúdico na Educação e Profilaxia das Enteroparasitoses e Doenças Bacterianas. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

³ Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e colaboradora do Projeto de Extensão - Buscando Saúde: Um Enfoque Lúdico na Educação e Profilaxia das Enteroparasitoses e Doenças Bacterianas. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

7. RELAÇÃO DA FRAGILIDADE FÍSICA E DO EQUILÍBRIO FUNCIONAL DO IDOSO FRENTE ÀS OCORRÊNCIAS DE QUEDAS¹

Dilyane Cabral Januário²

Alyne Christinne da Silva Lucena Pordeus³

Haline Costa dos Santos Guedes³

Valéria Ívina Torres Pachêco³

Adriana Lira Rufino Lucena⁴

RESUMO

A senescência é acompanhada de fragilidades que propiciam a ocorrência de quedas, tal episódio acarreta consequências físicas e psicossocial interferindo na autonomia do idoso. Objetivo Geral: Averiguar que a senescência corrobora para o acometimento de quedas. Método: A pesquisa é uma revisão integrativa realizada na base de dados LILACS e SCIELO. A coletânea de dados no período de maio a agosto de 2016, a partir dos descritores queda, senescência e idosos, atendendo aos critérios de inclusão de artigos de acordo com a temática abordada, apenas em português, com publicação no período (2011-2016) e exclusão de teses, dissertações, manuais e relatos de experiências. As quedas são sinalizadoras do envelhecimento, tal condição afeta o equilíbrio, alteração da marcha, acarretando em déficit de confiança e mobilidade, podendo resultar em uma importante lesão, além de uma resposta psicológica irreparável, também pelo pensamento errôneo dos idosos, que ao relatar serão considerados frágeis e dependentes.

PALAVRAS-CHAVE: quedas, idosos, senescência.

INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil há um acréscimo de idosos importante, estima-se que, em 2025 tenha 32 milhões e em 2050 teremos aproximadamente 63 milhões de populares senescentes. Essas referências merecem atenção para as quedas, cujo emblema um problema de saúde pública caracterizada pelo aumento dessa população e alto custo gerado decorrente da queda (ANTES, 2015). O envelhecimento é um processo dinâmico e paulatino, no qual ocorrem alterações funcionais, psicológica e social. O mesmo vem acompanhado de fragilidades que corroboram o acometimento de quedas. A fragilidade está presente no processo de senescência e tem compatibilidade simultânea com eventos adversos, incluindo as quedas, hospitalizações e o aumento da mortalidade (LENARDT, 2015). A queda pode ser um indício de alerta ou apenas um marcador do declínio das funções orgânica sinalizando o início da senescência, acarretando em traumas físicos como fraturas, psicológicas pelo medo da recorrência e se desprender de suas atribuições, além do fator social, pois custo financeiro é imenso tornando-se maior quando o idoso tem sua autonomia afetada, ficando dependente (CARNEIRO, 2015). Atualmente o principal tratamento gira em torno da prevenção e promoção a saúde do idoso (LIMA, 2014). Diante do exposto, tal pesquisa objetivou averiguar que os fatores supracitados corroboram para o acometimento de quedas em pessoas idosas.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, cujo método consiste em um acervo e análise para uma construção crítica das pesquisas acerca da temática abordada.

O levantamento literário foi realizado na base de dado LILACS e SCIELO. A coletânea de dados feita a partir da literatura dos periódicos, com a utilização dos descritores (queda, senescência e idosos) atendendo os critérios de inclusão: artigos de acordo com a temática

abordada, apenas em português, com publicação no período (2011-2016) e os critérios de exclusão: teses, dissertações, manuais e relatos de experiências. Foram acessados 56 artigos, embora só 07 tenham sido utilizados, contemplando o tema abordado através de uma coletânea de autores da área de saúde.

Para a realização do estudo, foi implementado as seguintes etapas: definição do problema através da seleta de artigos; Definição das informações a serem extraídas e a análise das mesmas; Discussão e interpretação dos resultados e a apresentação da revisão integrativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional no Brasil vem tendo um acréscimo significativo, apontando novos desafios para a saúde pública, dentre eles, os custos ocasionados pelo acometimento de quedas (ANTES, 2015).

De acordo com o IBGE a suscetibilidade para quedas é crescente com estimativa de 32% para indivíduos entre 65 e 74 anos; entre 75 e 84 anos 35% e acima de 85 anos 51%, com uma porcentagem significativa de 30% que os idosos caem pelo menos 1 vez ao ano em nosso país.

Para LIMA (2014), Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil.

De acordo com os artigos, ressalta-se que a senescência é uma condição no qual predispõe o idoso ao acometimento de quedas, caracterizada pela depressão de fatores homeostáticos, resultando em um declínio fisiológico, diminuindo a capacidade e ocasionando vulnerabilidade no qual potencializa o acometimento de quedas, cuja, tem relação íntima com a postura, marcha e equilíbrio. A fragilidade pode ser postergada, com a ênfase no envelhecimento saudável tendo uma interação, multidimensional (MARQUES, 2016).

O custo para a saúde pública subirá dramaticamente e serão altíssimos, após o acometimento das quedas, por causa do alto custo hospitalar, esse idoso precisará de uma equipe multiprofissional, ocasionada pela agressão ao corpo e o peso psicológico, diminuindo a confiança e a mobilidade do idoso. Um dos fatores psicológicos mais presente é a resistência em relatar a queda, pois os idosos temem ser considerados frágeis e dependentes corroborando para uma subnotificação, prejudicando dados epidemiológicos fidedignos (CRUZ, 2015).

A enfermagem gerontológica possui papel expressivo, para a diminuição desses custos através da principal intervenção que é a prevenção das quedas, com enfoque nos principais fatores de riscos para as quedas que são: Fraqueza muscular no incentivo de exercícios físicos para valorização do equilíbrio e amplitude dos movimentos; Alteração do equilíbrio e evitar o uso de quatro ou mais fármacos (LENARDT, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As quedas se apresentam como o principal fator de lesão no idoso podendo ter causas multifatoriais. As alterações no sistema musculoesquelético onde fica evidente a perda de massa muscular, deterioração das fibras musculares, ineficiência das articulações e alterações na estrutura óssea é um dos fatores primordiais por causar a fragilidade física. Outros fatores como polifarmácia, problemas visuais e no ambiente ajudam na precipitação da queda (CRUZ- 2015).

As quedas trazem consequências físicas e psicológicas graves aos pacientes. Uma das fraturas mais comum ocasionada por esses incidentes é a de quadril, levando ao idoso muitas vezes a incapacidade de recuperar a sua capacidade anterior. As consequências psicológicas também colaboram para o agravamento do problema, visto que o paciente fica temeroso, perdendo sua autoconfiança. Além de prejuízos irreparáveis para o paciente e seus familiares, a queda em idosos aumentam os gastos do sistema de saúde, já que normalmente entre 5 e 10 % dos que apresentam quedas tem lesões graves (MARQUES, 2016).

É importante que o idoso e seus familiares sejam incentivados a fazer mudanças no ambiente e no estilo de vida para amenizar as causas. Um ambiente adequado com boa iluminação

e adaptado as suas necessidades permitem que ele tenha mais autonomia e evita incidentes. Uma conduta positiva e vigilante da enfermagem através da informação permite um maior controle desses riscos, conduzindo para uma melhor qualidade de vida (SANTOS, 2015).

REFERÊNCIAS

ANTES, D.L.; SCHNEIDER, I.J.C.; ORSI, E.D. Mortalidade por queda em idosos: estudo de série temporal. **Rev bras. Geriatr. Gerontol.**, v.18, n.4, p.769-778, 2015.

CARNEIRO, J.A.; RAMOS, G.C.F.; BARBOSA, A.T.F. et al. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. **Rev. Bras. de enfermagem.**, v.69, n.3, p.435-42, mai.jun.2015.

CRUZ, D.T., CRUZ, F.M., RIBEIRO, A.L. et al. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. **Cad. Saúde colet.**, v.23, n.4, p.386-393.2015.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico** [online] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 16 de maio de 2016.

LENARDT, M.H.; CARNEIRO, N.H.K.; BINOTTO, M.A. Et al. Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde. **Rev. Bras. de enfermagem.**, v. 69, n.3, p.478- 83, mai-jun.2016.

LIMA, D.; CEZARIO, V. Quedas em idosos e comorbidades clínicas. **Rev. Hupe.**, v.13, n.2, p.30-37, 2014.

MARQUES, H.; ALMEIDA, A.C.C.; SILVA, D.G.G., et al. Escala de Equilíbrio de Berg: Instrumentalização para avaliar qualidade de vida de idosos. **Salusvita.**, v.35, n.1, p.53-65, 2016.

SANTOS, H.S.S.; FERNANDES, M.H.; CASOTTI, C.A. et al. Perfil da fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma unidade de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva.**, v.20, n.6, p.1917-1924, 2015.

¹ Projeto de extensão ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: integração ensino-comunidade na promoção à saúde e prevenção de doenças na população idosa

² Graduanda em Bacharelado de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, (FACENE, João Pessoa, Paraíba), cabral_well@hotmail.com

³ Graduanda em Bacharelado de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, (FACENE, João Pessoa, Paraíba).

⁴ Enfermeira, Mestre em Saúde da Família, docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, Coordenadora do Projeto ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL (FACENE, João Pessoa, Paraíba) adriana.lira.rufino@hotmail.com

8. ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DAS NOTIFICAÇÕES E DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NOS CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

Beatriz Vieira Aires¹
Pedro Antonio Lima de Holanda Marques¹
Tainá Rolim Machado Cornélio¹
Valéria Andrade Calado¹
Ana Karina Holanda Leite Maia²
Clélia de Alencar Xavier Mota²

RESUMO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível e sua forma congênita é adquirida verticalmente durante a gravidez ou no nascimento da criança. Essa doença pode trazer inúmeras complicações relacionadas ao parto e ao bebê e é considerada indicador de qualidade da assistência pré-natal, uma vez que, a triagem sorológica nesse período é uma medida eficaz que garante o tratamento adequado. Baseado nesse contexto, foi realizado levantamento nas principais bases de dados em saúde, de 2011 aos dias atuais. No Brasil, o número de casos de sífilis na gestação cresce a cada ano, além disso, a subnotificação de casos é frequente o que dificulta o tratamento precoce e a prevenção de novos casos. Portanto, é essencial a notificação correta de casos da doença, além de atendimento pré-natal adequado, na tentativa de ampliar o tratamento e reduzir a transmissão da sífilis através do acesso à informação e aos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: sífilis congênita, cuidado pré-natal, doenças sexualmente transmissíveis.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), de evolução crônica e muitas vezes assintomática, causada pela bactéria *Treponema pallidum* e sua forma congênita é transmitida da mãe para o feto durante a gravidez ou no momento do nascimento. São complicações dessa forma da doença: aborto espontâneo, parto prematuro, má-formação do feto, surdez, cegueira, deficiência mental e/ou morte ao nascer.

Depois de se constatar expressiva redução no número de casos de sífilis a partir da ampla disponibilização de penicilina na década de 1940, as taxas de infecção voltaram a aumentar nos últimos cinco anos em muitos países, inclusive nas diferentes regiões do Brasil. De 1998 a junho de 2014, foram notificados 104.853 casos de sífilis congênita em crianças menores de um ano de idade ao Ministério da Saúde; em 2004 era de 1,7 casos para cada 1000 nascidos vivos, em 2013 o número subiu para 4,7 por 1000 nascidos vivos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Quando a transmissão é congênita, a notificação é compulsória, segundo a Portaria nº 542/1986 do Ministério da Saúde, e a gestante, desde 2005. Deve-se lembrar de que a sífilis congênita é considerada indicador da qualidade da assistência pré-natal de uma população (LAFETÁ et al., 2016), assim, em várias regiões do Brasil identificam-se estudos que verificam as dificuldades no controle dessa infecção com o predomínio de jovens com pré-natal ausente ou incompleto. A subnotificação é frequente e verifica-se o triplo de casos identificados em comparação com os notificados.

Sendo assim, de acordo com Domingues e Leal(2016), um número baixo de casos de sífilis congênita não indica necessariamente um bom programa de controle da transmissão vertical, uma vez que casos de sífilis congênita podem estar ocorrendo, mas não são notificados. Já um número elevado indica falhas no processo assistencial, com oportunidades perdidas de intervenção. A triagem sorológica no pré-natal é uma medida eficaz e o tratamento com penicilina é efetivo, barato e facilmente disponível.

Posto isto, o objetivo deste trabalho é reconhecer a importância da notificação da sífilis congênita no pré-natal, quando realizado a triagem, a fim de tratar corretamente a mulher e sua parceria sexual, para evitar a transmissão vertical e conter a infecção congênita.

MÉTODOS

Foi realizado um levantamento nas principais bases de dados, Scielo, MEDLINE, LILACS de 2011 aos dias atuais. Os descritores utilizados durante toda a pesquisa foram sífilis congênita, cuidado pré-natal, doenças sexualmente transmissíveis e sífilis. Foram excluídas as bibliografias não relacionadas à temática tratada no presente trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sífilis congênita é uma infecção que se não tratada pode levar a morte fetal, morte neonatal e prematuridade, seu controle tem como foco a assistência pré-natal de qualidade, evitando o diagnóstico tardio, aliado ao tratamento adequado das gestantes e dos seus parceiros. (DOMINGUES *et al.*, 2013)

No Brasil, o número de casos relatados de sífilis na gestação tem aumentado a cada ano. Em 2013 foram notificados 21.382 desses casos no país, com uma taxa de detecção de 7,4 mil nascidos vivos. Dados de um estudo nacional estimam uma prevalência gestacional de sífilis de aproximadamente 1 %, o que corresponde a cerca de 30 mil casos por ano. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) têm como meta a eliminação da sífilis congênita, definida como ocorrência de 0,5 ou menos casos dessa doença para cada mil nascidos vivos, sendo essa meta também adotada pelo Ministério da Saúde brasileiro. Porém, em 2015, o número de casos no Brasil superou seis vezes o valor da meta para o mesmo ano. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015 *apud.* DOMINGUES; LEAL, 2016)

No Brasil, a proporção de gestantes que fazem a assistência pré-natal é superior a 95%, porém, as que não procuram nenhum tipo de assistência são as que apresentam maior prevalência da sífilis na gestação, e maior vulnerabilidade social. Além disso, aproximadamente 50% das gestantes não tratadas ou inadequadamente tratadas podem transmitir a doença ao conceito, levando a resultados adversos como morte fetal, isso se deve ao grande número de falhas na assistência pré-natal e na triagem sorológica. (DOMINGUES; LEAL, 2016)

O tratamento não é feito apenas para as gestantes, mas também com seu parceiro, e isso ainda é um problema, pois segundo Campos *et.al.* (2012) mesmo o parceiro sendo informado da doença, esse não julga necessário o tratamento, por acreditar que tal infecção não afeta o sexo masculino, podendo assim ser porta de transmissão para outras mulheres. Portanto, a única maneira de reduzir o crescimento de casos de sífilis congênita é através do conhecimento da importância da notificação dos casos e de um pré-natal feito de maneira adequada a fim de aumentar o número de diagnósticos e tratamentos corretos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, os presentes resultados revelam falhas relacionadas às ações de prevenção e controle da sífilis no Brasil. Em um país onde a Zika e seus efeitos teratogênicos causados ao feto estão alarmando a população, é necessário maior avanço na organização dos serviços de saúde, ampliando o seu acesso a população já socialmente mais vulnerável, que é a mais afetada pela infecção por sífilis e que mais se beneficiaria das intervenções disponíveis. Dessa forma, é preciso aumentar a captação precoce de gestantes; fixá-las ao serviço pré-natal para que possam fazer triagem sorológica; ofertar a rotina mínima de exames preconizada pelo Ministério da Saúde e garantir o tratamento oportuno e adequado da gestante e de seu parceiro na presença de exame

positivo para sífilis. Essas iniciativas poderiam mitigar os danos e consolidar de forma mais eficiente a prevenção e o tratamento desta doença.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Cinthia Lociks et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 3, p. 479-486, 2012.

CAMPOS, Ana Luiza de Araújo et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. *Rev. bras. ginecol. obstet*, v. 34, n. 9, p. 397-402, 2012.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, e00082415, 2016.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013.

LAFETA, Kátia Regina Gandra et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63-74, Mar. 2016.

LIMA, Marina Guimarães et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Field guide for implementation of the strategy and plan of action for elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas. Washington DC: Pan American Health Organization; 2014.

¹ Discente do curso de graduação em Medicina da Faculdade Nova Esperança.

² Docente do curso de graduação da Faculdade de Medicina Nova Esperança.

9. CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM TRAQUEOSTOMIA- NOTA PRÉVIA¹

Sá, Rosyara Lopes Vieira²
Lubenow, Juliana Almeida Marques³
Dias, Mikaela Dantas⁴
Alves, Salmana Rianne Pereira⁵

RESUMO

O conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados com a manutenção da traqueostomia propicia uma assistência mais segura e com mais qualidade. Essa pesquisa tem como objetivo geral identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados com os pacientes com traqueostomia e como objetivos específicos verificar o perfil socioprofissional dos entrevistados, averiguar os cuidados prestados na manutenção da traqueostomia pelos entrevistados e apontar os cuidados oferecidos na prevenção das complicações da traqueostomia segundo os profissionais. Pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, que será realizada no Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho, em outubro e novembro de 2016, com seis enfermeiros e 24 técnicos em enfermagem, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Os dados serão processados em tabelas pelo programa Excel, apresentadas com valores absolutos e em porcentagem. A discussão será feita à luz da literatura sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE: Conhecimento, Enfermagem, Traqueostomia.

INTRODUÇÃO

É comum em unidade de terapia intensiva a necessidade de que os clientes sejam intubados, seja por insuficiência respiratória grave ou até mesmo para dar um suporte mais adequado para os clientes em pós-operatório imediato ofertando uma boa oxigenação por meio de ventiladores mecânicos. Existem casos em que o cliente necessita de suporte ventilatório por mais tempo sendo necessária a realização de uma traqueostomia (SILVEIRA et al., 2013).

A traqueostomia pode ser classificada quanto à finalidade, ao tempo apropriado para realizá-la e ao tempo de permanência. Tendo em vista a finalidade preventiva, curativa ou paliativa, dependendo da necessidade e estado no qual o paciente se encontra, a realização da traqueostomia pode ser de urgência ou eletiva, levando em consideração que, quanto antes realizar a traqueostomia, mais cedo o paciente faz o desuso do aspirador e conseqüentemente a alta da unidade de terapia intensiva é mais precoce (RICZ, 2011).

Tendo em vista toda essa discussão, é importante o conhecimento dos profissionais de enfermagem para prevenção de danos evitáveis, com o intuito de oferecer uma assistência segura e com mais qualidade ao paciente com traqueostomia. Tendo como hipótese que os profissionais de enfermagem tenham uma carência de conhecimentos sobre a assistência ao paciente traqueostomizado.

A presente pesquisa tem como objetivo geral identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados com os pacientes com traqueostomia. E como objetivos específicos, verificar o perfil socioprofissional dos entrevistados, averiguar os cuidados prestados na manutenção da traqueostomia pelos entrevistados e apontar os cuidados oferecidos na prevenção das complicações da traqueostomia segundo os profissionais. Diante do contexto, questiona-se: qual o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados aos pacientes com traqueostomia?

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa que será realizada será realizada no Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e nas enfermarias, no período de setembro a outubro de 2016. A amostra será de 30 profissionais, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, que atendam aos seguintes critérios de inclusão: estar presente no momento da coleta e aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados será realizada por meio de um formulário com questões sobre o perfil socioprofissional dos entrevistados, os cuidados prestados na manutenção da traqueostomia e prevenção das complicações, no mês de outubro, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACENE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por se tratar de uma nota prévia o referido trabalho ainda não apresenta considerações finais.

REFERÊNCIAS

RICZ, H. et al. **Traqueostomia. Medicina, Ribeirão Preto**, v.44, n.1, p.63-69, 2011.

SILVEIRA, L. S. S. et al. **Assistência do enfermeiro no pós-operatório de traqueostomia realizada na UTI**. Littera. Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, 2013.

¹ Projeto de pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso intitulado Conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da assistência ao paciente com traqueostomia

² Discente da graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). Relatora do trabalho.

³ Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/PB). Orientadora.

⁴ Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/PB). Banca Examinadora.

⁵ Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/PB). Banca Examinadora.

10. OFICINA DE VASSOURAS RECICLÁVEIS: PRATICANDO A SUSTENTABILIDADE, CONSTRUINDO AUTONOMIA E PROMOVENDO QUALIDADE DE VIDA

Daniel Sarmiento Bezerra

Ivanice Bezerra da Silva Gomes
Ítalo Argemiro de Siqueira Farias
Akylla Tayse Pessoa Farias Carmen
Verônica Barbosa Almeida

RESUMO

A educação em saúde embasada nos instrumentos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde busca a construção de novas metodologias e tecnologias. Este tem como objetivo relatar a experiência de uma oficina de vassouras recicláveis, desenvolvida por acadêmicos de medicina, vinculados ao Projeto de Extensão “Educação Popular em Saúde” da Faculdade de Medicina Nova Esperança. A matéria prima usada nesta oficina foram garrafas “PET”, com o intuito de incentivar a sustentabilidade e as boas práticas de saúde coletiva. Percebeu-se que houve troca de saberes entre os alunos e as moradoras, como também o debate acerca da elaboração de soluções para os problemas enfrentados. A educação popular promove a aquisição de novos conhecimentos, através da problematização e do empoderamento; sendo capaz de induzir mudanças reais de hábitos. Esse processo vivenciado possibilitou a autonomia e esperança, agregou noções de sustentabilidade, funcionou ainda como terapia ocupacional. Além disso, ampliou o entendimento do processo saúde-doença.

PALAVRAS-CHAVE: terapia ocupacional, sustentabilidade, saúde.

INTRODUÇÃO

A educação em saúde tem como objetivo principal a abertura de debates no âmbito governamental, com os profissionais e a população, suscitando, desta forma, discussões que contribuam de forma significativa para a construção de novas metodologias, tecnologias e saberes que são de suma importância para consolidação de um SUS embasado no que está disposto na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS) (BRASIL, 2014; (SANTOS, M. M. et al 2015). Dentro desse contexto, o projeto de extensão “Educação Popular em Saúde”, desenvolvido por docentes e discentes de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), tem por objetivo refletir sobre as principais necessidades da comunidade assistida pela Unidade de Saúde da Família (USF) do Ipiranga e estabelecer metas para motivar a própria comunidade a desenvolver suas ações, em busca de resolutividade.

Neste sentido, essa forma de educação contribui para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservarem e melhorarem a sua vida. As ações de educação em saúde desenvolvidas pelos discentes de medicina baseiam-se em estratégias para estimular o debate sobre temas de interesse dos moradores locais, considerando o contexto cultural no qual estão inseridos, em um processo contínuo e crescente de aprendizagem, contribuindo efetivamente para ampliar conhecimentos, além de modificar atitudes e habilidades relacionadas com comportamentos ligados à saúde.

Diante do exposto, este relato visa difundir as experiências do projeto de extensão “Educação Popular em Saúde” da FAMENE, que possui como público alvo os moradores do Bairro Valentina de Figueiredo, na cidade de João Pessoa. Dentre as atividades desenvolvidas ressalta-se no presente estudo a confecção de vassouras recicladas com garrafas pet, em que se buscou a trabalhar a sustentabilidade, a terapia ocupacional e a construção compartilhada do conhecimento como aspectos fundamentais à qualidade de vida da comunidade.

MÉTODO

A oficina de produção de vassouras com material reciclado, a partir de garrafas “PET” contou com a participação de 27 mulheres, assistidas pela Unidade de Saúde da Família (USF) Ipiranga, do Bairro Valentina de Figueiredo, na cidade de João Pessoa, além de docentes e discentes do curso de graduação em Medicina da FAMENE.

Inicialmente foi realizada a observação dos materiais e métodos que para construção de 01(uma) vassoura envolviam 13 garrafas de refrigerantes em garrafas “pet” de 2 litros; Arame; Cabo de vassoura; Estilete; Fita adesiva vermelha para decoração; Furador - furadeira; Martelo; Pregos; Papel de decoração para o cabo (opcional); Tesoura.

Após serem entregues às participantes estes materiais, foram explicadas as etapas de construção da vassoura que se deu em dois momentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A oficina de vassouras reciclada teve início com a discussão e orientação das etapas pelos discentes e docentes do projeto, por meio de uma conversa informal, para que as mulheres se sentissem bem confortáveis para questionar sobre qualquer dúvida e também para que houvesse uma interação espontânea. Em seguida, distribuíram-se os materiais reciclados - a matéria prima e os demais instrumentos para o corte das garrafas Pet, para que cada uma delas iniciasse a construção de sua própria vassoura. E os alunos dividiram-se para ajudar individualmente nas fases mais difíceis do processo.

A utilização de uma linguagem comum preconizada pela educação popular possibilitou a interação entre as participantes durante toda a dinâmica. A orientação de como utilizar o material envolvido na oficina foi sendo passado uma à outra, assim que algumas dessas se apropriaram de como seria usado o material de Pet. Muitas das participantes já desenvolvem alguma atividade manual ou artesanal e viu-se claramente uma relação de igualdade entre as mulheres, ocorrendo uma relação de troca de conhecimentos e experiências. Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), acolher, no campo da saúde, é construir interações interpessoais embasadas em uma escuta atenta; demonstrando interesse pelo outro (BRASIL, 2014; SIMON, E. et al, 2014).

As mulheres do grupo mostraram-se abertas aos novos conhecimentos e ansiosas pelas próximas etapas do projeto, uma vez que houveram diversas interrupções, por parte das participantes, para questionamentos sobre as possibilidades que teriam a partir daquele momento, já sabendo que haveria uma outra etapa para conclusão do produto esperado – a vassoura. É importante enfatizar que abordagem de atividades de cunho sustentável e ocupacional são muito bem-vindas, uma vez que fortalecem tanto a ideia de preservação ambiental como de fonte de renda a partir do que seria anteriormente lixo.

O produto final, esperado pelas participantes, veio a ser concluído num segundo encontro, e neste elas puderem ver o resultado. As próprias mulheres observaram com admiração a vassoura produzida, assim como viam possibilidades de conceber outros produtos com as informações agregadas a partir dos saberes ali compartilhados.

Sabendo que a educação promove a aquisição de novos conhecimentos, através da problematização e do empoderamento, e que pode induzir, no indivíduo, mudanças reais de hábitos, onde a pessoa agrega novas ações e competências que geram autonomia; oficinas como esta são idealizadas.

O projeto, através desta oficina, acrescentou autonomia e esperança, pois trouxe uma alternativa simples e barata de produzir saúde, agregando sustentabilidade, elementos da terapia ocupacional e os diversos conhecimentos e suas formas de expressão.

Por outro lado, ao unir diferentes setores da sociedade como USF, faculdade, entre outros, pôde-se alcançar a Intersetorialidade, ampliando o olhar da saúde para além do processo de adoecimento e cura. No nível internacional, o Brasil teve papel pioneiro na constituição do método

da Educação Popular, o que explica em parte a sua importância na redefinição de práticas sociais dos mais variados campos do saber.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através de metodologias ativas como as oficinas foi possível trabalhar a saúde coletiva incluindo princípios de sustentabilidade, de terapia ocupacional e também da construção compartilhada do conhecimento. Estudos anteriores e recentes têm demonstrado que é possível mudar conceitos e trazer ideias inovadoras que coincidam com a realidade; ademais, iniciativas como esta mostram-se de extrema relevância para a Saúde Pública como também para o desenvolvimento da cidadania.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

SANTOS, M. M. et al. PET-Saúde: uma experiência potencialmente transformadora no ensino de graduação. *Interface (Botucatu)*, v.19, n.1, 2015.

SIMON, E. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. *Interface (Botucatu)*, v.18, n. 2, 2014.

11. PERIGOS DOS CASOS ASSINTOMÁTICOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL NA DISSEMINAÇÃO DA DOENÇA

Ivson José Almeida Medeiros Junior¹
Daniel Sarmiento Bezerra¹
Renata Soares Ferreira¹
Eduardo José da Costa Furtado¹
Ana Karina Holanda Leite Maia²
Clélia de Alencar Xavier Mota²

RESUMO

Nas Américas a Leishmaniose Visceral (VL) é causada pelo protozoário *Leishmania chagasi*, sendo transmitida por um vetor fêmea do mosquito *Lutzomyia longipalpis*. Nem sempre os seres infectados desenvolvem da doença, sendo assim, é muito comum um cão infectado assintomático servir de reservatório. Visto isso, fez-se esse trabalho com o objetivo de pesquisar o que traz a literatura sobre os casos assintomáticos da VL. Trata-se de uma revisão bibliográfica no banco da SciELO, utilizando-se palavras-chave “leishmania visceral and assintomática”. Dentre os artigos prevalecem estudos demonstrando a presença da forma promastigota do protozoário *Leishmania chagasi* no sangue de pessoas assintomáticas, estas contribuem para a propagação ao se tornarem reservatório do parasita. Infecções assintomáticas estão associadas com: exposição repetitiva ao vetor, a falta de coleta de lixo e animais de estimação contaminados. Elas são comuns em áreas endêmicas e associada com algum outro caso. Dessa forma, faz-se importante a pesquisa de possíveis seres que estejam atuando como reservatório.

PALAVRAS-CHAVE: leishmaniose visceral; assintomático; *Leishmania chagasi*.

INTRODUÇÃO

A leishmaniose visceral é uma doença de grande preocupação para a saúde pública devido à sua alta incidência e letalidade, especialmente entre pacientes não tratados e crianças desnutridas. A leishmaniose visceral mostra uma ampla distribuição geográfica e é encontrado na Ásia, Europa, Oriente Médio, África e Américas. Nas Américas, a doença também é chamado de leishmaniose visceral americana (LVA) ou neotropical kala-azar (PONTE et al, 2011). Na América Latina, AVL foi descrita em pelo menos 12 países, com 90% dos casos ocorrem no Brasil. A doença é encontrada em 20 estados, afetando quatro das cinco regiões do país. A maior incidência é observada no Nordeste, sendo responsável por aproximadamente 45% de todos os casos, seguida pelo Sudeste, Norte e as regiões Centro- Oeste (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2008). A propagação da AVL para áreas periurbanas e urbanas tem sido observado nas últimas décadas. Fatores que contribuíram para a expansão da doença incluem a transformação do ambiente através do desmatamento e a migração do homem das áreas rurais para a periferia das cidades, onde vive em condições precárias de habitação e saneamento (LIMA et al, 2010). Na América Latina, *Leishmania chagasi* é a espécie que é mais comumente isoladas de pacientes com AVL. Os mais importantes reservatórios do parasita no Brasil são cães e raposas. A transmissão ocorre indiretamente através da picada de flebotomíneos hematófagos, *Lutzomyia longipalpis*, cujo habitat é o ambiente interno e peridoméstico onde a fêmea se alimenta do sangue de cães, seres humanos, outros mamíferos e aves (PONTE et al 2011).

A infecção com *L. chagasi* é caracterizada por um amplo espectro de manifestações clínicas que vão desde a forma assintomática para discreta (oligo), moderada, e manifestações graves que, se não for tratada, pode levar à morte do paciente. Infecção assintomática ou inaparente é definida como a presença de infecção, na ausência de manifestações clínicas e ocorre

geralmente em pacientes de áreas endêmicas com evidências epidemiológicas e imunológico da infecção (MOURA et al, 2012). Visto isso, fez-se esse trabalho com o objetivo de pesquisar o que traz a literatura sobre os casos assintomáticos da leishmaniose visceral.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica que teve como fonte artigos publicados no banco de dados scielo (*scientific electronic library online*), utilizando-se as palavras-chave “leishmania visceral and assintomática”. Os artigos tiveram como fatores de inclusão estar entre os anos de 2010-2013, nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola, e como fatores de exclusão não se adequarem ao tema. Dentre os 8 artigos encontrados apenas 5 foram selecionados.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A propagação da lva para áreas periurbanas e urbanas tem sido observado nas últimas décadas. Fatores que contribuíram para a expansão da doença incluem a transformação do ambiente através do desmatamento e a migração do homem das áreas rurais para a periferia das cidades, onde vive em condições precárias de habitação e saneamento. Em estudo realizado em Raposa-MA estudou os fatores de risco para exposição a infecção assintomática com *L. chagasi* em uma população de uma área urbana e descobriu que regiões com desmatamento e queimadas em áreas recém-habitadas, exposição repetitiva ao vetor, condições de moradia, nível socioeconômico, falta de coleta de lixo e animais de estimação estão mais propensas a infecção. Evidenciou ainda que os casos assintomáticos são mais prevalentes em adultos, enquanto as crianças tendem a desenvolver os sintomas (PONTE et al, 2011). Na ilha de São Luís no Maranhão foram aplicados os testes de Montenegro pele (MST) e ensaio imunoabsorvente ligado a enzima (ELISA) em membros da família e vizinhos de indivíduos com LVA e as taxas de reações positivas foram de 71,3% para 9,7% e MST de ELISA, indicando que familiares de indivíduos com LV sintomática estão em maior risco de infecção e medidas de controle de prioridade deve direcionar essas famílias (MOURA et al, 2012). O controle dos casos assintomáticos é de extrema importância para pessoas imunodeprimidas como os portadores de HIV, transplantados e pacientes em uso de imunomoduladores, que estão mais expostos a infecções (SILVA et al, 2013). Lima et al (2010) avaliou o papel dos cães assintomáticos como uma fonte de infecção para o vetor flebotomíneo e descobriu que não há diferenças significativas na carga parasitária presente na pele de animais sintomáticos e assintomáticos, sugerindo que um cão de qualquer categoria clínica pode servir como uma fonte de infecção para o vetor mosquito pólvora. Nesse estudo também foi evidenciado que o melhor método para a triagem de cães para a evidência de leishmaniose visceral, tanto em animais sintomáticos e assintomáticos, é a coloração de tecidos de linfonodo por coloração imuno-histoquímica. Em contrapartida, Ribeiro et al (2011) elaborou estudos que indicam que o método de imunofluorescência indireta recomendado para o diagnóstico de leishmaniose visceral em cães possui precisão baixa e a sua utilização em larga escala está limitada, indicando ELISA como método mais adequado devido às poucas limitações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle futuro da avl necessita de uma reavaliação das estratégias de combate, sendo necessária uma rede de pessoal treinado para tornar a coleta de uma rápida e extensa de amostras de sangue de cães em áreas endêmicas, acompanhamento do diagnóstico e tratamento dos casos humanos e tentar erradicar o vetor flebotomíneo de seu habitat peridoméstico. Além disso, faz-se importante a pesquisa de possíveis seres que estejam atuando como reservatório, principalmente em locais onde têm pessoas imunossuprimidas como os transplantados ou infectados por HIV, visto que eles têm uma maior predisposição a desenvolver a doença.

REFERÊNCIAS

LIMA, L. V. R. et al. Canine visceral leishmaniasis due to *Leishmania (L.) infantum chagasi* in Amazonian Brazil: comparison of the parasite density from the skin, lymph node and visceral tissues between symptomatic and asymptomatic, seropositive dogs. **Rev. Inst. Med. trop.** S. Paulo vol.52 no.5 São Paulo set./out. 2010.

Ministério da Saúde. Manual de Controle da leishmaniose visceral. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

MOURA, G. S. et al. Factors associated with asymptomatic infection in family members and neighbors of patients with visceral leishmaniasis. **Cad. Saúde Pública** vol.28 no.12 Rio de Janeiro dez. 2012.

SILVA, L. A. et al. Use of the polymerase chain reaction for the diagnosis of asymptomatic *leishmania* infection in a visceral leishmaniasis-endemic area. **Rev. Inst. Med. trop.** S. Paulo vol.55 no.2 São Paulo mar./abr. 2013.

PONTE, C. B. et al. Risk factors for *Leishmania chagasi* infection in an endemic area in Raposa, State of Maranhão, Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** vol.44 no.6 Uberaba nov./dez. 2011 Epub 21-Nov-2011. de agosto de 2016.

RIBEIRO, F. C. Use of elisa employing homologous and heterologous antigens for the detection of IgG and subclasses (IgG1 and IgG2) in the diagnosis of Canine visceral leishmaniasis. **Rev. Inst. Med. trop.** S. Paulo vol.53 no.5 São Paulo set./out. 2011.

¹ Acadêmico de Medicina. Faculdade de Medicina Nova Esperança - Av. Frei Galvão, 12, Gramame, João Pessoa/PB, CEP 58067-695.

² Professora/Orientadora. Faculdade de Medicina Nova Esperança - Av. Frei Galvão, 12, Gramame, João Pessoa/PB, CEP 58067-695.

12. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ PÓS INFECÇÃO VIRAL E BACTERIANA¹

Brunna Hellen Saraiva Costa²
Beatriz Wanderley Gayoso de Lima³
Camila Ribeiro Coutinho Madruga³
Elisa Serra Alvim de Souza³
Ana Karina Holanda Leite Maia⁴
Clélia de Alencar Xavier Mota⁴

RESUMO

A síndrome de guillain-barré (sbg) é uma polirradiculoneuropatia e geralmente ocorre após uma infecção ou procedimento cirúrgico. A patogênese não é conhecida, mas trata-se de uma doença de caráter autoimune que ocasiona desmielinização dos nervos periféricos. Caracteriza-se por ocasionar paralisia flácida associada a arreflexia, transtornos sensoriais e elevação das proteínas do LCR. A maioria das pessoas chegam à etapa de maior debilidade dentro das 2 primeiras semanas do aparecimento dos sintomas. A SGB pode ser desencadeada por infecções virais inespecíficas, sobressaindo-se Epstein-Barr, citomegalovirus, HIV, Dengue ou Zika vírus. O caráter autoimune ocorre através do mimetismo celular de proteínas presentes em vírus e bactérias, fazendo com que o corpo passe a atacar e destruir a bainha de mielina nos nervos periféricos, causando a sintomatologia do quadro.

PALAVRAS-CHAVE: síndrome de guillain barré, infecções virais, doença autoimune

INTRODUÇÃO

A síndrome de guillain-barré é uma doença rara e de caráter autoimune que ocasiona desmielinização dos nervos periféricos. Isso leva à inflamação dos nervos, que provoca fraqueza muscular. É uma doença que pode aparecer de forma muito brusca e inesperada. Seus primeiros sintomas incluem diferentes graus de debilidade ou sensações de formigamento nas pernas. Começa com uma debilidade muscular progressiva nas extremidades que podem chegar à paralisia. Dissemina-se rapidamente, e pode chegar os nervos cranianos. Começa distalmente mas dissemina-se proximalmente e pode envolver à região bulbar e ao diafragma. A incidência anual em EEUU é de 1 a 3 casos por ano por 100,000. Geralmente, a SGB ocorre após o paciente ter sintomas de uma infecção viral, e, ocasionalmente, uma cirurgia ou uma vacina podem desencadeá-la. O transtorno pode aparecer no curso de várias horas ou vários dias ou pode requerer até 3 ou 4 semanas. A maioria das pessoas chegam à etapa de maior debilidade dentro das 2 primeiras semanas do aparecimento dos sintomas. O objetivo do trabalho é estudar como as infecções por vírus e bactérias desencadeiam a Síndrome de Guillain Barré.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo cujos dados foram obtidos com documentação indireta, baseada em pesquisa bibliográfica realizada em livros e artigos encontrados em revistas científicas, bem como nas bases de dados scielo, visando reunir informações a respeito da etiologia, fisiopatologia, consequências funcionais e tratamento da sgb, assim como as principais infecções que desencadeiam essa síndrome.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sgb acomete mais os indivíduos do sexo masculino e um dos sintomas pioneiros é a

fraqueza, inicialmente de membros inferiores, ascendendo simetricamente, ocasionalmente até os nervos bulbares. A sintomatologia é descrita como uma polineuropatia flácida de caráter autoimune e inflamatório, desmielinizante, que usualmente surge após um quadro infeccioso, e caracteriza-se por ocasionar paralisia flácida associada a arreflexia, transtornos sensoriais e elevação das proteínas do LCR. A patologia é comumente desencadeada por infecções, tanto por vírus como por bactérias como o *Campylobacter jejuni*, Citomegalovirus, vírus Epstein-Barr, vírus Varicella-zoster, o zika vírus e vírus da dengue. O mecanismo autoimune que leva esta doença a destruir os nervos periféricos após uma infecção é conhecido de "mimetismo molecular", ou seja, existem pequenas partículas proteicas nestes vírus e/ou bactérias que são semelhantes a proteínas do nosso organismo e, ao produzir anticorpos, nosso corpo acaba destruindo tanto os vírus/bactérias, como os nervos periféricos das pernas e braços. Como citado anteriormente fatores imunológicos e humorais estão envolvidos na patogênese, afetando a mielinização dos nervos periféricos. Na análise diagnóstica, a dissociação proteíno-citológica traz fortes indícios desta patologia. O quadro clínico decorre apirético ou apenas com um ligeiro momento febril. Outra manifestação característica da síndrome é constituída pela típica reação do líquido cefalorraquidiano. Este apresenta um aumento mais ou menos considerável da albumina, que pode ir até à coagulação maciça com xantocromia, mantendo-se normal ou baixo o número de células. Assim como na eletroneuromiografia encontramos bloqueio parcial ou total na condução motora. Na análise diagnóstica, a dissociação proteíno-citológica traz fortes indícios desta patologia. Também podemos observar na eletroneuromiografia um bloqueio parcial ou total na condução motora. O tratamento preconizado, além de suporte clínico, deve incluir a plasmaférese ou a infusão endovenosa de imunoglobulina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observamos que a SGB apresenta caráter autoimune e pode ocorrer após um quadro infeccioso. O seu mecanismo de patogenicidade não foi totalmente elucidado, mas sabe-se que ocorre um mimetismo celular de proteínas presentes em vírus e bactérias, fazendo com que anticorpos passem a atacar a bainha de mielina nos nervos periféricos, causando a sintomatologia do quadro.

REFERÊNCIAS

CAMILIO, Amyr Zalnierukynas et al. Síndrome de Guillain-Barré. **Pediatr. mod**, v. 50, n. 12, 2014.

CECATTO, Suzana B. et al. Síndrome de Guillain-Barré como complicação de amigdalite aguda. *Rev Bras Otorrinolaringol*, v. 69, n. 4, p. 566-9, 2003.

CLINICO, Protocolo; TERAPEUTICOS, Diretrizes. Síndrome de Guillain Barré. SANTOS, Carlos Michell Tôrres et al. Síndrome de Guillain Barré.

ORSINI, Marco et al. Síndrome de Guillain-Barré pós-infecção por dengue: relato de caso. *Rev Neurocienc*, v. 18, n. 1, p. 24-27, 2010.

¹ Projeto de extensão: Educação e Saúde: prevenção das doenças infecciosas bacterianas e ectoparasitoses – Faculdade de Medicina Nova Esperança

² Discente do curso de graduação em Enfermagem da FACENE

³ Discente do curso de graduação em Medicina da FAMENE

⁴ Docente do curso de graduação em Medicina e Enfermagem da FAMENE/FACENE

13. VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO: ENFRENTAMENTO E VULNERABILIDADE¹

Marília Juliane Albuquerque Araújo²

Willames da Silva²

Adriana Lira Rufino de Lucena³

Kay Francis Leal Vieira⁴

Rossana de Roci Alves Barbosa Costa⁵

RESUMO

A violência é um comportamento agressivo, engloba uma série de consequências que pode causar diversos danos e até a morte do idoso. Estudos revelam que 30% dos idosos acima dos 75 anos sofrem violência por estarem mais vulneráveis fisicamente e mentalmente. O estudo teve como objetivo identificar a prevalência de violência em idosos. Pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, a amostra contemplou 90 idosos, destes, 32% tinha entre 71 e 75 anos; 94% feminino; 43% casados; 74% possuía ensino fundamental completo. Entre os entrevistados, 37% foram vítimas de violência. Dos que sofreram violência 7% admitiram ser o filho o agressor; 2% esposo; 6% netos e 19% cuidadores indiretos. Com relação ao tipo, a violência psicológica teve maior percentual 22%; seguido de 9% física e 2% negligência. Torna-se necessário a implementação de ações dos profissionais de saúde e os órgãos públicos para manter o idoso acessível aos seus direitos, integridade da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: idoso. Envelhecimento. Violência.

INTRODUÇÃO

O envelhecer acarreta mudanças físicas, psicológicas, emocionais e sociais, demandando a prestação de cuidados contínuos por parte dos familiares, podendo ocasionar no âmbito domiciliar conflitos inter geracionais, pois o idoso pode passar a ser visto pela família como um empecilho, uma sobrecarga, podendo ser um fator que contribua para a violência domiciliar (AREOSA, et al, 2014).

Estudos afirmam que 30% dos idosos acima de 75 anos sofrem violência e maus tratos, por se apresentarem mais vulneráveis fisicamente e mentalmente (PEIXOTO, 2014). No Brasil 13 mil idosos morrem vítimas de violência. Estima-se que o número seja maior, já que nem todos os casos são denunciados (IBGE, 2010).

A violência contra o idoso é toda situação não acidental que ocasiona danos físicos, psíquicos, econômicos ou privação das necessidades básicas, resultantes de ato ou omissão daquele que cuida (FIGUEIREDO; TONINI, 2006).

A violência contra o idoso é toda situação não acidental que ocasiona danos físicos, psíquicos, econômicos ou privação das necessidades básicas, resultantes de ato ou omissão daquele que cuida (FIGUEIREDO; TONINI, 2006).

Desse modo, e devido à diversidade nas formas de violência e maus-tratos, a identificação deste evento pode tornar-se difícil, uma vez que não se trata somente de lesões físicas, visíveis aos olhos das pessoas, mas também de danos sociais, psicológicos e morais. Diante do contexto, o estudo objetivou verificar a prevalência de violência em idosos.

MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável, vinculado à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. A amostra foi composta por 90 idosos, de ambos os sexos. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de

ética da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, sob CAEE: 03188012.9.0000.5179, protocolo: 49/12. Foi respeitado os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/12 que implica no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 2012) e a Resolução COFEN 311/2007, que trata do código de ética dos profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constatou-se que 32% dos idosos encontravam-se na faixa etária entre 71 e 75anos; 94% do sexo feminino; 43% casados. Entre os entrevistados, 37% admitiram que já foram vítimas de violência. Dos que sofreram violência 7% admitiram ser o filho o agressor; 2% esposo; 6% netos e 19% cuidadores indiretos. Com relação ao tipo de violência, a psicológica teve maior percentual 22%; seguido de 9% física e 2% negligência.

A diversidade nas formas de violência pode tornar difícil a identificação, uma vez que não se trata somente de lesões físicas, visíveis aos olhos das pessoas, mas também de danos sociais, psicológicos e morais. A violência psicológica é tão ou mais prejudicial que a física, é uma agressão que não deixa marcas corporais visíveis, mais emocionalmente provoca cicatrizes para toda a vida (SANCHES, LEBRAO, DUARTE, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário que os profissionais de saúde e os órgãos públicos implementem estratégias com a finalidade de manter o idoso acessível aos seus direitos, a integralidade da saúde física e mental, bem como proporcionar a seguridade, confiança e autonomia. Como também, percebe-se a necessidade de que os profissionais de saúde sejam capacitados à prestarem cuidados específicos à vulnerabilidade do idoso, sendo capaz de identificar sinais e sintomas de violência e maus tratos em à esse público.

REFERÊNCIAS

AREOSA, S.V.C. et al. Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. **Psic., Saúde & Doenças**, v.15 n.2 Lisboa: 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12, 2012**. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2016.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-311/2007**. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf>>. Acesso: 09 set. 2016.

FIGUEIREDO, N. M. A; TONINI, T. **Gerontologia, atuação da enfermagem no processo de envelhecimento**. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis, 2006.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo populacional 2010**. Disponível em: □ <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 de set. 2016.

PEIXOTO, K. **Violência contra o idoso**. Disponível em: □ www.violenciacontraidoso.com □. Acesso em: 09 de set. 2014.

SANCHES, A.P.R.A; LEBRAO, M.L; DUARTE, Y.A.O de. **Violência Contra Idosos: uma**

queatãonova?. **Saúde Soc.** v.17, n 3, p. 90-100. São Paul,: 2008.

¹Resumo do trabalho extraído do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável – FACENE, João Pessoa, Paraíba.

²Acadêmicos de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Extensionistas do Projeto Envelhecimento Saudável, João Pessoa, Paraíba. marilialbuquerque16@gmail.com

³Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Docente das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE. Coordenadora do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável. João Pessoa, Paraíba.

⁴Psicóloga. Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Docente das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE. Colaboradora do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável, João Pessoa, Paraíba.

⁵Psicóloga. Especialista em Avaliação Psicológica (IPOG) e Medicina Psicossomática (ABMP). Mestranda em Saúde da Família pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Colaboradora do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável, João Pessoa, Paraíba.

14. CARACTERIZAÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS ENTRE IDOSOS PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA¹

Willames da Silva²

Marília Juliane Albuquerque Araújo²

Adriana Lira Rufino de Lucena³

Kay Francis Leal Vieira⁴

Rossana de Roci Alves Barbosa Costa⁵

RESUMO

O envelhecimento torna o idoso vulnerável à processos patológicos, para manter o quadro clínico estável, requer assiduidade no tratamento medicamentoso. O estudo teve como objetivo verificar os medicamentos utilizados pelos idosos e avaliar a efetividade do uso de medicamentos. Pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. A amostra contemplou 50 idosos, destes, 38% tinha entre 71 e 75 anos; 88% feminino; 52% casados; 54% não alfabetizados; 72% fazem uso de anti-hipertensivo; 28% hipoglicemiante; 90% sempre tomam o medicamento sem supervisão de familiares ou cuidador; 56% sempre esquecem de tomar os medicamentos. Percebe-se a necessidade de criar estratégias educativas que estimulem os profissionais de saúde, idosos e familiares a analisarem a terapia medicamentosa proposta para o tratamento, bem como, as condições biopsicossociais, como forma de diminuir a não adesão ao tratamento, reduzir as complicações das doenças, favorecendo a participação nas tomadas de decisão referente a sua condição de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: envelhecimento, idoso, doenças crônicas

INTRODUÇÃO

O envelhecimento ocasiona modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006).

A prevalência chega aproximadamente 72%, sendo responsável por cerca de 63% do percentual de mortes no Brasil, acometendo principalmente os idosos por estar relacionado aos déficits funcionais e ao estilo de vida inadequado, refletindo na redução da qualidade de vida, tornando assim, maior a possibilidade de morte prematura (WHO, 2013).

Para manter a estabilidade do quadro clínico e a manutenção da saúde, é necessário que o idoso siga as orientações médicas referente ao cuidado medicamentoso e a readequação do estilo de vida, fatores que tornam a assistência de enfermagem uma intervenção fundamental para a implementação de ações que visem o controle de enfermidades (ANDRADE, 2007).

Diante do exposto, o estudo objetivou verificar os tipos de medicamentos utilizados e avaliar a efetividade no uso dos medicamentos.

MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável, vinculado à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. A amostra foi composta por 90 idosos, de ambos os sexos. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, sob CAEE: 03188012.9.0000.5179, protocolo: 49/12. Foi respeitado os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/12 que implica no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e

autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 2012) e a Resolução COFEN 311/2007, que trata do código de ética dos profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Constatou-se que a maioria dos entrevistados (38%) encontravam-se na faixa etária entre 71 e 75anos; (88%)do sexo feminino; (52%) casados; (54%) não alfabetizados; (72%) fazem uso de anti - hipertensivo e (28%) hipoglicemiante; (90%) sempre tomam o medicamento sem supervisão de familiares ou cuidador; (56%) sempre esquecem de tomar os medicamentos.

Essa longevidade se explica pela redução da taxa de fecundidade e da mortalidade infantil, gerados pelos avanços sanitários e tecnológicos ocorridos durante o século XX, que influenciaram na melhoria do padrão de vida e de saúde da população (ALVES, 2012).

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são patologias limitantes, quando não controladas ocasionam problemas que acarretam prejuízos à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida do indivíduo (FRANCISCO, et al 2010). Ressalta-se que o uso de medicamentos entre os idosos assume cada vez mais inegável importância como estratégia terapêutica para controlar os problemas crônicos(SILVA; SANTOS, 2010).No entanto, à cronicidade muitas vezes pode ocasionar a não adesão terapêutica, por requerer do idoso maior compreensão da doença devido à complexidade do tratamento, a administração dos fármacos, exigindo maior atenção e organização diante dos horários de administração (ROCHA, et al 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A forma como os profissionais de saúde interagem e se comunicam com as pessoas com condições crônicas são fatores determinantes para à adesão ao tratamento. É preciso a implementação de estratégias educativas que aproximem e estimulem os profissionais de saúde, idosos e familiares a analisarem a terapia medicamentosa proposta para o tratamento, bem como, as condições biopsicossociais do idoso, como forma de diminuir a não adesão ao tratamento, reduzir as complicações das doenças, favorecendo a participação do idoso nas tomadas de decisão referente a sua condição de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. E. D. **Aumento da longevidade e estancamento da esperança de vida**. Disponível em: <<http://WWW.ufjf.br/ladem>>. 2008. Acesso em: 08 set. 2016.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**: elaboração de trabalhos na graduação. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12, 2012**.

CARVALHO FILHO, E. T. de; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-311/2007**. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf>>. Acesso: 25 ago. 2016.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 175-184, jan., 2010.

ROCHA, C. H. et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência& Saúde**, v.13, p. 703-710, 2008.

SILVA, L. W. S.; SANTOS, K. M. O. S. Analfabetismo e declínio cognitivo: um impasse para o uso adequado de medicamentos em idosos no contexto familiar. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 13, n. 1, p. 245-257, jun., 2010.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/global-coordination-mechanism/publications/global-action-plan-ncds-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 08 set. 2016.

¹Resumo do trabalho extraído do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável – FACENE, João Pessoa, Paraíba

²Acadêmicos de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Extensionistas do Projeto Envelhecimento Saudável, João Pessoa, Paraíba. willamesdasilva12@gmail.com

³Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Docente das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE. Coordenadora do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável. João Pessoa, Paraíba.

⁴Psicóloga. Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Docente das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE. Colaboradora do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável, João Pessoa, Paraíba.

⁵Psicóloga. Especialista em Avaliação Psicológica (IPOG) e Medicina Psicossomática (ABMP). Mestranda em Saúde da Família pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Colaboradora do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável, João Pessoa, Paraíba.

15. ESCALAS DE DOR: REVISÃO DE LITERATURA

Riceli da Silva Morais¹

Brenda Vieira Moreira Monteiro¹

Bruno Henrique Arruda de Paula¹

Vladimir Lenin de Sousa Almeida e Araújo¹

Sérgio Augusto Silva Paredes Moreira²

RESUMO

A dor é uma sensação perceptiva e subjetiva, que cria impotência, medo e diminuição da qualidade de vida do ser humano. A dor pode ser descrita como uma experiência subjetiva que pode estar associada a dano real ou potencial nos tecidos. Independente da aceitação dessa definição, a dor é considerada como uma experiência unicamente subjetiva e pessoal. A percepção de dor é caracterizada como uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivo-motivacionais.

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem a dor como o quinto sinal vital que deve sempre ser registrado ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados os outros sinais vitais, quais sejam: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial.

O objetivo deste estudo foi apresentar uma revisão das publicações referentes às escalas de dor, analisando-as. A pesquisa da literatura foi realizada por meio das bases eletrônicas de dados Scielo e Lilacs.

PALAVRAS-CHAVE: dor, dor neuropática, dor nociceptiva.

INTRODUÇÃO

A dor apenas foi delimitada quando a International Association for the Study of Pain forneceu, oficialmente, sua classificação e descrição. Bonica introduziu o conceito de que a dor é uma entidade patológica específica, e não apenas um sintoma (CAILLIET, 1999). Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão. É considerada uma sensação perceptiva e subjetiva, de etiologia variada, que cria impotência funcional, medo, comprometimento psicológico, e se traduz na diminuição da qualidade de vida do ser humano, sensibilizando e afetando também seus familiares (GABRIEL, PETIT & CARRIL, 2001) Trata-se de uma impressão penosa, provocada por lesão ou por estados anormais do organismo (TORRES, 2006). A qualidade de vida é uma das maiores preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS), uma vez que pode ser relacionada à saúde e entendida como a determinação do impacto pessoal, social, físico e psicológico imposto pela doença. Dessa forma, muitos profissionais da saúde passaram a se preocupar com as repercussões das doenças na vida dos indivíduos (GASHU et al., 2001). Neste aspecto, a dor é dividida em quatro tipos: dor somática superficial, que decorre da estimulação de nociceptores do tegumento, apresentando-se como sensação localizada de picada, pontada, laceração, queimação, é decorrente de trauma, queimadura e processo inflamatório; dor somática profunda, que resulta da ativação nociceptiva dos músculos, fâscias, tendões, ligamentos e articulações, apresentando localização imprecisa, é descrita como dolorimento, dor surda, dor profunda, cãibra, e pode manifestar-se como dor irradiada; dor visceral, que decorre de nociceptores viscerais, tem as características da dor somática profunda, tendendo a acentuar-se com a solicitação do órgão acometido; dor irradiada, também chamada de referida, é sentida à distância de sua origem (local da lesão), em estruturas inervadas pela mesma raiz nervosa (TORRES, 2006). As abordagens ao fenômeno doloroso que consideram a descrição verbal que o paciente faz permitem investigar uma

variedade maior de aspectos da dor. Além de sua intensidade, as dores clínicas precisam ser avaliadas pelo menos em três outros aspectos: suas qualidades sensoriais e discriminativas: são as que abordam os aspectos qualitativos espaciais, temporais, de calor e pressão da dor; sua resposta afetiva e motivacional: é representada pelas reações emocionais e autonômicas que a dor pode provocar; e seus aspectos de avaliação cognitiva: é aquela que traz a capacidade do indivíduo em perceber e avaliar a importância subjetiva da vivência de um quadro doloroso, comparando-o com suas experiências anteriores. São essas três grandes dimensões que parecem recobrir a experiência dolorosa (AGNE, 2004). Dentre os instrumentos para quantificar a dor, utilizam-se os seguintes: escala analógica visual (EVA): escala numérica, variando de 0 a 10 (sendo 0 sem dor; 5, dor moderada; e 10, pior dor) para identificar a intensidade da dor; escala descritiva (variando de “sem dor” até “dor insuportável”), descrevendo o estresse causado pela dor (TORRES, 2006). Por ser uma sensação desagradável, a dor representa uma experiência emocional, que leva à diminuição da qualidade de vida, sendo necessário que os instrumentos de medida da dor apresentem resultados confiáveis e seguros. Por esse motivo, foi abordado esse tema. O objetivo deste estudo, portanto, foi apresentar uma revisão das publicações referentes às escalas de dor, analisando-as.

MÉTODO

Por tratar-se de uma revisão de literatura, foi realizada a pesquisa em diversos artigos encontrados nas plataformas e revistas virtuais como Scielo e Bireme, monografias e livros relacionados à temática, a fim de verificar vários conceitos para a melhor avaliação das escalas de dor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estudo de Gashu et al. (2001), no Ambulatório de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com 20 indivíduos, todos do sexo feminino, foi realizada a avaliação fisioterapêutica, que constou de anamnese completa sobre a dor da paciente e avaliação da intensidade da dor por intermédio da escala analógica visual da dor. As pacientes obtiveram melhora significativa no alívio da dor difusa, medida pela escala analógica visual, quando comparadas as situações antes e após o tratamento fisioterapêutico. No artigo de Araújo et al. (2007), foram selecionados 49 pacientes do sexo feminino, todas atendidas no setor de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal da Unifesp. As referidas pacientes apresentavam sintomas do trato urinário inferior e necessitavam de avaliação urodinâmica. Na sala de espera do ambulatório, solicitou-se, individualmente, que as voluntárias respondessem a um questionário sobre suas expectativas em relação ao exame urodinâmico e dor, de acordo com uma escala visual analógica. O questionário era autoadministrável, e as pacientes não recebiam qualquer auxílio. Terminado o exame, elas completaram o segundo questionário, que incluiu perguntas sobre as sensações vivenciadas enquanto se submetiam à realização do urodinâmico. Utilizada a escala, quantificou-se a expectativa e a ocorrência de dor no exame urodinâmico. A expectativa foi de $4,29 \pm 3$, previamente ao exame, e $2,7 \pm 2,9$, após sua realização. Peón & Diccini (2005) realizaram um estudo na unidade de neurocirurgia do Hospital São Paulo, durante o período de agosto a novembro de 2001, com 40 pacientes, sendo 21 (53%) do sexo feminino e 19 (47%), do sexo masculino. Em relação ao diagnóstico médico, 22 (55%) pacientes foram diagnosticados com tumor na região supratentorial; três (7,5%), com tumor na região infratentorial; 14 (35%), com aneurisma cerebral; e um (2,5%) paciente com malformação arteriovenosa. Os pacientes selecionavam palavras que definiam sua dor. A partir disso, definiu-se um índice quantitativo de dor pelo somatório dos valores de intensidade para cada dimensão. O questionário de dor de McGill foi aplicado toda vez que o paciente referiu dor pela escala numérica verbal, após a alta da UTI. De acordo com o diagnóstico clínico, a dor pós-operatória esteve presente em 20 (95%) dos 22 pacientes com tumor supratentorial, em todos os três pacientes com tumor infratentorial, em

86% dos 14 pacientes com aneurisma cerebral e no único paciente com malformação arteriovenosa. No estudo de Rodrigues-Bigaton et al. (2007), foram avaliadas 38 pacientes, sendo 29 desse total selecionados inicialmente. Três mulheres foram excluídas, devido ao uso de medicamentos para dor, e duas abandonaram o tratamento, participando 24 voluntárias, que foram divididas em dois grupos, sendo um denominado grupo Tens (GT) e o outro grupo, alta voltagem (GAV). Em ambos os grupos, as voluntárias receberam dez aplicações do Tens ou da Estimulação elétrica de alta voltagem (EEAV) por 30 minutos, duas vezes por semana, dependendo do grupo ao qual elas pertenciam. Para a mensuração da intensidade da dor, foi utilizada a escala visual analógica, constituída por uma linha horizontal de 10cm; em sua extremidade esquerda, consta a informação “sem dor” e na extremidade direita, “a pior dor”. As voluntárias foram orientadas a fazer um traço vertical na linha horizontal, indicando em que ponto da reta estava sua dor. Essa etapa foi realizada antes e imediatamente após cada uma das dez aplicações da Tens e da EEAV. A intensidade da dor foi medida da extremidade esquerda, que coincidia com o valor “0” da régua, até o traço realizado pela paciente. O Tens promoveu uma redução estatisticamente significativa na intensidade da dor na maioria das sessões, com exceção da sexta, da sétima e da oitava sessões. A EEAV promoveu redução estatisticamente significativa na intensidade da dor em todas as sessões. Os valores médios de intensidade de dor presente, registrados na EVA antes da aplicação da Tens e da EEAV, diminuíram de forma uniforme no decorrer das dez sessões, realizadas duas vezes por semana. Foram incluídas no estudo de Freitas Júnior et al. (2006) 2.164 mulheres, sendo 996 previdenciárias, tendo realizado a mamografia no Hospital Araújo Jorge, e 1.168 que realizaram o mesmo exame na rede privada. Todas as participantes tinham solicitação de mamografia, decorrente de rastreamento ou de investigação de alterações mamárias. A mulher recebia dois formulários. O primeiro abordava questões relacionadas à própria paciente e era preenchido antes do exame. O segundo incluía a escala analógica visual de dor e abordava o desconforto ocasionado pelo exame, sendo preenchido após a mamografia. A análise da média de dor referida pela paciente, usando-se a escala analógica visual para cada um dos possíveis fatores associados ao desconforto durante a realização do exame, constatou que um deles foi o local de realização, no qual o desconforto intenso ou intolerável foi referido duas vezes mais pelas pacientes do setor privado do que pelas que fizeram a mamografia no Hospital Araújo Jorge. Já as pacientes que apresentavam história de mastalgia prévia referiram desconforto intenso ou intolerável três vezes mais que as que não apresentavam esse sintoma previamente. Pimenta & Teixeira (1996) realizaram uma proposta de adaptação para língua portuguesa do questionário de dor McGill, que se baseou em três etapas. Primeira etapa: tradução do original por profissionais envolvidos no estudo da língua inglesa e portuguesa; segunda etapa: apresentação desta proposta a um comitê composto por cinco especialistas. O comitê era integrado por dois neurocirurgiões, um fisiatra, um reumatologista e um psicoterapeuta. Foram considerados como tendo tradução adequada os descritores aceitos por, pelo menos, 80% dos especialistas; terceira etapa: aplicação clínica. Foi aplicado o questionário em doentes com dor crônica para identificar os descritores por eles desconhecidos. O questionário de McGill inicialmente proposto foi utilizado em 57 doentes com dor crônica. Os descritores desconhecidos por, no mínimo, 15% dos doentes retornaram ao comitê de especialistas para nova adaptação. Após isto, a nova versão do questionário foi aplicada em 81 doentes com dor crônica e foram identificados os termos desconhecidos por, no mínimo, 15% dos indivíduos, que foram encaminhados ao comitê de especialistas para modificação. Uma avaliação quanto ao valor e à dificuldade para seu uso foi realizada por meio de entrevista com os doentes. O questionário de McGill emergiu como um instrumento clínico e de pesquisa largamente utilizado, por tratar-se de uma escala com índices de validade e confiabilidade já reconhecidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem vários instrumentos para a mensuração das diferentes qualidades da dor, alguns muito bem estabelecidos e outros que precisam ainda ser testados e aperfeiçoados, sendo necessário implementar o que já existe na atividade clínica e de pesquisa.

De acordo com o presente estudo, conclui-se que, apesar de as escalas de dor não conseguirem mensurar com total precisão esse sintoma, devido à sua subjetividade e aos fatores que o influenciam, é a alternativa mais segura para analisá-lo, uma vez que essas escalas estão validadas e demonstram ser confiáveis.

REFERÊNCIAS

BADESSA, Guinther Giroldo; BEHAR, Nino; FALCÃO, Luiz Fernando dos Reis. **Anestesia: abordagem prática**. São Paulo: Roca, 2014.

CECIN, Hamid Alexandre; XIMENES, Antônio Carlos. **Tratado Brasileiro de Reumatologia**. São Paulo: Atheneu, 2015.

IASP – International Association for the Study of Pain. **Managing Acute Pain in the Developing World**, Clinical updates, vol XIX, 2011.

MIKAHIL, Maged S; MORGAN, G. Edward, MURRAY, Michael J. **Anestesiologia clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

ROWLAND, Lewis P.; PEDLEY, Thimoty A. **Tratado de Neurologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. **Dor: o quinto sinal vital**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2002, vol. 10, n 3, pp. 446-447. ISSN 1518-8345.

¹ Estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, Paraíba), ricelilorenzo@gmail.com

² Professor do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).

16. TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: CONHECIMENTO DAS GESTANTES - NOTA PRÉVIA ¹

Rayanny dos Santos Angelo Pereira²
Mikaela Dantas Dias Madruga³

RESUMO

O conhecimento das gestantes sobre a transmissão vertical do vírus da Imunodeficiência Humana é fundamental para que haja formas de medidas preventivas a fim de evitar a propagação dessa infecção para seu conceito, visando conscientizar as mães acerca do risco de transmissão da sua infecção para o bebê. A pesquisa tem como objetivos identificar o conhecimento das gestantes acerca da transmissão vertical do HIV; Traçar o objetivo social das participantes do estudo; Averiguar de acordo com o conhecimento das gestantes, as formas de transmissão vertical do HIV. O local escolhido será a Unidade de Saúde da Família - USF São Bento I e II. A população será composta por todas as gestantes que realizam o pré-natal na unidade, escolhidas e assistidas pelos profissionais da mesma, a amostra será composta por 30 gestantes, que aceitem participar livremente do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. O presente estudo respeitará os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/12, no art. III, como também a Resolução COFEN 311/2007, que trata do código de ética dos profissionais de Enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes. Transmissão Vertical. Vírus da Imunodeficiência Humana.

INTRODUÇÃO

Esse meio de transmissão durante a gestação e, sobretudo durante o parto pode gerar consideráveis danos para o bebê por acontecer num momento de amadurecimento do sistema imunológico. Em gestantes que transmitem infecção intra-útero é corriqueiro se deparar com níveis baixos de anticorpos neutralizantes, quando comparados aos daquelas que transmitem intraparto ou das não transmissoras (FONSECA et al, 2015).

Para Santos et al (2015), em alguns casos, as mulheres descobrem ter a infecção do HIV apenas durante o pré-natal ou no momento do parto, tornando assim, uma descoberta mais difícil e mais sofrida, por ter que vivenciar o próprio diagnóstico e a possibilidade de transmissão do vírus para a criança que está sendo gerada.

A transmissão do HIV pós-natal ocorre, especialmente, por meio da amamentação, sendo extremamente relevante aconselhar a mãe sobre este risco. Norteador-a sobre o risco da infecção do HIV após o parto, e principalmente sobre a forma de prevenção com o uso de preservativos, para que reduza o risco de infecção durante a amamentação (BRASIL, 2015).

Tendo em vista toda esta discussão o presente estudo tem como objetivos identificar o conhecimento das gestantes acerca da transmissão vertical do HIV; Traçar o objetivo social das participantes do estudo; Averiguar de acordo com o conhecimento das gestantes, as formas de transmissão vertical do HIV.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa. A presente pesquisa será realizada na Unidade de Saúde da Família São Bento I e II, que fica localizada na Rua Elvira Marsicano, s/n, no bairro do São Bento, as unidades são pertencentes ao Distrito Sanitário I no município de Bayeux.

A população será composta por todas as gestantes que realizam o pré-natal na Unidade de Saúde da Família São Bento I e II, escolhida e assistida pelos profissionais da mesma perfazendo um total de 50 grávidas. Enquanto que a amostra será composta por 30 gestantes, que aceitem participar livremente do estudo, bem como mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A coleta de dados será um formulário de entrevista estruturado que se caracteriza em duas partes: dados para caracterização socioeconômica da amostra e questões norteadoras acerca do tema em estudo. A coleta de dados será formalizada mediante a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da CEM/FACENE/FAMENE, além do encaminhamento de ofício da Coordenação do Curso para a Instituição, local da pesquisa, comunicando a pretensão da mesma.

A pesquisa foi realizado nas quintas-feiras nos turnos manhã e tarde, durante o mês de setembro de 2016. O material coletado foi selecionado e analisado com base no enfoque do método quantitativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por se tratar de uma nota prévia o referido trabalho ainda não apresenta considerações finais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Ministério da Saúde: Brasília, 2015.

FONSECA, F.F. et al. A transmissão vertical do HIV no Brasil: uma revisão da literatura. **Rev. Eletr. Gestão e Saúde**, Brasília, v.6, n.1, p.533-548, 2015.

SANTOS, A.M.S.; SANTOS, W.N.; CARVALHO, P.M.G. O conhecimento dos enfermeiros acerca da transmissão vertical do HIV/AIDS. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v.9, n. supl.10, p.1509-1517, 2015.

¹ Trabalho de conclusão de curso intitulado: “Transmissão vertical do HIV: conhecimento das gestantes”, das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE).

² Discente da graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/PB). E-mail: rayanny.angelo@hotmail.com - Relatora do trabalho.

³ Enfermeira. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/PB). Orientadora.

17. DOENÇA DE CHAGAS CONGÊNITA: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO

Ivson José Almeida Medeiros Júnior¹
Marthina Beatriz Oliveira da Nóbrega¹
Duanra Cristi Queiroz Teixeira¹
Byanka Pessoa Fonseca¹
Ana Karina Holanda Leite Maia²
Clélia de Alencar Xavier Mota²

RESUMO

As doenças parasitárias congênicas podem trazer grandes prejuízos ao feto durante e após o nascimento como o abortamento e teratogênese. A doença de Chagas, ainda presente em algumas regiões do país, merece destaque nesse contexto no planejamento de ações que abordam mulheres grávidas em regiões endêmicas. Este estudo constitui-se de uma revisão da literatura especializada, concretizada por meio de consulta a revistas e artigos científicos do banco de dados do Scielo. A principal via da transmissão vertical da doença é a transplacentária e pode ocorrer em qualquer fase da doença materna. Na gravidez ocorre depressão transitória da imunidade mediada por células, importante na preservação do feto, que pode favorecer a infecção materna, podendo afetar o crescimento e a maturidade dos fetos infectados, predispondo ao abortamento, prematuridade, crescimento intra-uterino restrito e malformações fetais. O diagnóstico deve ser realizado e necessita de implementação nas gestantes para evitar os problemas causados pela doença.

PALAVRAS-CHAVE: doença de chagas, congênito, recém-nascido

INTRODUÇÃO

Doenças parasitárias congênicas são adquiridas pelo feto por via transplacentária durante a gestação, necessitando de uma abordagem particularizada em virtude do potencial de abortamento, teratogênese e óbito fetal. Uma importante doença parasitária congênita é a infecção pelo *Trypanosoma cruzi*. O Brasil já foi certificado pela erradicação de *Triatoma infestans*, o principal vetor da doença de Chagas (DC). O último levantamento de soroprevalência da doença de Chagas realizado em áreas rurais do Brasil demonstrou uma baixa taxa de infecção entre crianças de até cinco anos de idade e uma transmissão congênita de 0,025%¹. (PINTO et al, 2012). Os mecanismos habituais de disseminação da parasitose estão sendo substituídas por mecanismos considerados excepcionais que não necessitem da participação dos triatomíneos. A tripanossomíase americana é uma infecção generalizada e crônica causada por um protozoário hemoflagelado transmitida naturalmente ao homem e a outros animais por intermédio de hemípteros hematófagos da subfamília *Triatominae*. Transmitidos por vias alternativas, como por transfusão de sangue ou de plasma, pela ingestão de leite materno, e como fruto de contaminação acidental em laboratório. Frisando que essas modalidades de propagação da enfermidade têm importância variável, de acordo com a influência de vários fatores, puramente circunstanciais ou dependentes da participação de diferentes condições influentes, exemplificadas por hábitos, grau de endemicidade e rigor relativo à adoção de medidas preventivas. (ROJAS,2012). A frequência da transmissão maternal ou vertical da doença varia de acordo com a região e a metodologia de estudo, de 1,6 a 18,5%⁷ (GONTIJO, 2016).

Através de diversos métodos de diagnóstico foram evidenciadas formas variadas a partir da década de 80, pesquisas prospectivas evidenciaram, através de diferentes métodos para diagnóstico, tais como parasitológico, sorológico e anatomopatológico, formas variadas que podem apresentar-se como óbito fetal em qualquer fase da gestação, prematuridade, hepatoesplenomegalia, febre, anemia, icterícia e meningoencefalite; contudo em cerca de 50% dos

casos o recém-nascido pode apresentar-se sem sintomas ou oligossintomático.(RASSI,2004). O objetivo do presente trabalho é apresentar as características da doença de Chagas congênita através de filhos de mulheres nascidos vivos com prévio diagnóstico de infecção materna e suas manifestações clínicas. Considerando a gestação, o parto, o puerpério, abortamento e prematuridade além do aleitamento materno buscando novas formas de tratamento e diagnósticos mais absolutos e rápidos.

MÉTODO

Este estudo constituiu-se de uma revisão da literatura especializada, concretizada por meio de consulta a revistas e artigos científicos do banco de dados do scielo. A pesquisa foi realizada em Agosto de 2016 e as palavras-chave utilizadas na busca foram: Doença de Chagas, Congênita e Recém-nascido. Foram excluídos artigos que relatam apenas informações sobre a Doença de Chagas propriamente dita. Em seguida, buscou-se elucidar e compreender os principais parâmetros envolvidos na doença de Chagas congênita, como os fatores relacionados com a via de transmissão do vetor, riscos, diagnóstico e tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A principal via da transmissão vertical da dc é a transplacentária e pode ocorrer em qualquer fase da doença materna: aguda ou crônica, em qualquer época da gestação, sendo mais provável no último trimestre, podendo ocorrer também no canal do parto, pelo contato das mucosas do feto com o sangue da mãe infectada (Araújo, 2009). Os fatores relacionados com a transmissão da DC ainda são pouco conhecidos, mas sabe-se que a mãe pode transmitir o parasito em uma gestação e não transmitir na gestação seguinte. O grau de parasitemia e as características da população do parasito, fatores placentários, obstétricos, imunitários e de nutrição materna podem estar relacionados com esse mecanismo de transmissão. Na gravidez ocorre depressão transitória da imunidade mediada por células, importante na preservação do feto, que pode favorecer a infecção materna. A prevalência da infecção por *T. cruzi* em gestantes, principal fator de risco para a infecção congênita, varia de 5 a 40% dependendo da área geográfica (TORRICO et al, 2004). A infecção materna pelo *T. cruzi* pode afetar o crescimento e a maturidade dos fetos infectados, predispondo ao abortamento, prematuridade, crescimento intra-uterino restrito (CIUR) e malformações fetais (RASSI et al, 2004). O diagnóstico da infecção congênita deve ser realizado, preferencialmente, pela pesquisa do parasito, por técnicas de exame direto. Entretanto, este procedimento é mais complicado, pois nem todos os laboratórios contam com técnicos experientes na visualização do parasito ao microscópio. Outro fator complicador é a possibilidade de baixa parasitemia. Se o recém-nascido infectar-se durante o parto, o exame parasitológico pode resultar em um falso-negativo pela falta de tempo suficiente para a multiplicação do parasito. (ANDRADE e GONTIJO, 2008). Uma alternativa eficaz em casos de mães com a DC é a repetição da sorologia da criança após a eliminação dos anticorpos IgG de origem materna, a negatização mais tardia da sorologia, aos sete e nove meses, demonstra a necessidade do monitoramento até os nove meses, antes de considerar a criança como infectada, caso a sorologia após os seis meses persista reativa. O tratamento específico da gestante com DC não está indicado pela toxicidade da droga disponível e possível efeito teratogênico sobre o concepto (GONTIJO, 2016). A infecção chagásica congênita pode ser considerada um agravo para o qual não se dispõe de prevenção primária, nem de marcador de transmissão ou de um diagnóstico imediato factível e sensível. A prevenção se resume na detecção do caso e seu tratamento específico, o mais precocemente possível. Idealmente, o melhor é começar ainda na gravidez, através de provas sorológicas em gestantes com suspeita clínica ou epidemiológica (DIAS e AMATO NETO,2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A infecção chagásica congênita é um problema que merece atenção nas áreas endêmicas da doença e cabem as autoridades de saúde o monitoramento dos casos em gestantes para instituição das medidas adequadas. Como a prevenção se resume na detecção do caso e no seu tratamento específico, o mais precocemente possível, a implementação dos métodos diagnósticos pode ser a chave para diminuir os prejuízos que podem ser causados aos filhos das portadoras da doença. A realização de provas sorológicas continua sendo a melhor opção de diagnóstico para a infecção chagásica congênita, especialmente quando a criança estiver assintomática e tenha garantia de acompanhamento médico no primeiro ano de vida.

REFERÊNCIAS

ANDRADE AQ, GONTIJO ED. **Triagem neonatal para infecção chagásica congênita: aplicação de análise de classe latente para avaliação dos testes diagnósticos.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2008;41(6):1-6.

ARAUJO, Anelise Bergmann et al. **Prevalência da doença de Chagas em gestantes da região sul do Rio Grande do Sul.** Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Uberaba, v. 42, n. 6, p. 732-733, Dec. 2009.

DIAS, João Carlos Pinto; AMATO NETO, Vicente. **Prevenção referente às modalidades alternativas de transmissão do trypanosoma cruzi no Brasil.** Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Uberaba, v. 44, supl. 2, p. 68-72, 2011.

GONTIJO, Eliane Dias et al. **Triagem neonatal da infecção pelo Trypanosoma cruzi em Minas Gerais, Brasil: transmissão congênita e mapeamento das áreas endêmicas.** Epidemiol. Serv. Saúde Brasília, v. 18, n. 3, p. 243-254, set. 2009.

PINTO, Ana Yecê das Neves et al. Doença de Chagas congênita por infecção aguda maternal por Trypanosoma cruzi transmitida via oral. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 2, n. 1, p. 89-94, mar. 2011.

RASSI A, Neto VA, Rassi GG, Amato VS, Júnior AR, Luquetti AO, et al. **Busca retrospectiva da transmissão maternal da infecção chagásica em pacientes na fase crônica.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2004;37(6):485-89.

TORRICO F, Alonso-Vega C, Suarez E, Rodriguez P, Torrico MC, Dramaix M. **Maternal Trypanosoma cruzi infection, pregnancy outcome, morbidity, and mortality of congenitally infected and non-infected newborns in Bolivia.** American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2004;70(2):201-9.

¹ Discentes da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa, PB.

² Docentes da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa, PB.

18. O ACOLHIMENTO COMO FERRAMENTA PARA O VÍNCULO ENTRE ACADÊMICOS DE MEDICINA E INDIVÍDUOS DA COMUNIDADE¹

Marcela Bruna Alves Francioli²
Charles Brito Félix do Nascimento³
Iane Alves de Lemos³
Weruskha Abrantes Soares Barbosa⁴
Maria Alinete Moreira de Menezes⁴

RESUMO

A prática do Acolhimento cria um ambiente favorável para o diálogo e vínculo entre seres. O presente estudo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas pelos estudantes que compõem o Projeto de Extensão Educação Popular em Saúde sobre a importância do acolhimento na relação indivíduo comunidade. Trata-se de um relato de experiência e pesquisa qualitativa, realizada com os usuários da Unidade de Saúde da Família (USF) Ipiranga, localizada no bairro do Valentina no Município de João Pessoa – PB. Os mesmos são participantes do projeto de extensão designado “EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE”, composto por cerca de 20 mulheres da unidade e alunos de FAMENE. A oportunidade surge no meio acadêmico com as ações e o aprendizado de como se deve fazer um Acolhimento que respeite a dignidade de seus participantes. É o momento certo para falar e dar contexto, como também ouvir, oferecendo sugestões e até resultados.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento, humanizado, diálogo.

INTRODUÇÃO

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (ACOLHIMENTO, 2008).

Para se iniciar qualquer processo educativo, primeiramente tem que ter contato, escuta, diálogo entre as pessoas. É necessário muito mais que apenas uma simples conversa, pois esta tem que ser qualificada. Isso se faz importante porque, ouvir a necessidade do outro e entendê-la em sua total dimensão, cria possibilidades de que se forme um Vínculo entre indivíduos, favorecendo a dimensão pedagógica (LOPES, 1999).

Sabe-se que isso tem que se dar de maneira Humanizada, em que as relações devem ser respeitadas e, principalmente, compreendidas por ambas as partes. O ser humanizado é aquele que entende o outro, que até se coloca no seu lugar e tenta agir em prol de seu bem. O novo conceito do médico é que seja assim, com a criação de um elo forte entre profissional e paciente, para que o diálogo seja ampliado e a relação mais espontânea.

As ações educativas são ótimas oportunidades de se conhecer os sujeitos, de maximizar as inter-relações e de se criar um elo favorável ao diálogo aberto e sem entraves. A oportunidade surge no meio acadêmico com as Ações e o aprendizado de como se deve fazer um Acolhimento que respeite a dignidade de seus participantes. É o momento certo para falar e dar contexto, como também ouvir, oferecendo sugestões e até resultados. Mais uma vez, respalda-se a humanização como foco da relação mais perfeita, porque agir com tal característica faz com que o outro se sinta à vontade e diga tudo o que sente e, nisto, pode estar as informações necessárias para o diagnóstico

do paciente.

De maneira geral, para essa construção, é importante haver uma comunicação e uma relação de alto envolvimento, para que ambos os participantes (organizadores e participantes) tenham um vínculo saudável. Tendo em vista toda esta discussão, o presente estudo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas pelos estudantes que compõem o Projeto de Extensão Educação Popular em Saúde sobre a importância do acolhimento na relação indivíduo comunidade.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência realizado com os usuários da Unidade de Saúde da Família (USF) Ipiranga, localizada no bairro do Valentina no Município de João Pessoa – PB. Os mesmos são participantes do projeto de extensão designado “EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE”, o qual é formado por cerca de 20 mulheres, inclusive Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da própria unidade, como também de alunos de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.

A partir de uma Ação de Acolhimento dessas mulheres, observou-se como se dá o processo do diálogo, da escuta e da criação do vínculo. A pesquisa é do tipo qualitativa, de maneira geral, foi feita uma busca por artigos com temas voltados ao Acolhimento, humanização, vínculo entre outros. A leitura dos trabalhos atrelada à prática acadêmica possibilitou a criação deste.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência obtida com a Ação de Acolhimento do Projeto “EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE” será descrita a seguir. Serão também mostrados em tópicos o que seria o conceito de cada palavra dentro da prática médica e na vivência dos acadêmicos na mesma.

Vasconcelos (2009) define o acolhimento como o ato de ouvir com atenção, admitir o saber do usuário, levando em conta o que ele expressa, seja qual for o modo de comunicação. Sendo assim a partir do exposto, o ato de acolher é visto como a recepção calorosa, positiva, de bom impacto. É a oportunidade de se abrir caminhos e propiciar futuros momentos. Caso o diálogo nessa etapa seja aberto, sem julgamento, mas compreendedor, todas as outras fluirão da melhor forma. Porque se deve passar aos ouvintes a tranquilidade no olhar, a sensibilidade nas palavras e o toque com sentidos. As mulheres da Comunidade estiveram aptas a ouvir, mas também opinaram e mostraram que mora nelas a vontade de mudar e criar uma nova realidade.

Essa primeira ação dentro do projeto de extensão abriu portas para todas as demais, porque houve a junção dessas características, propiciando a boa relação. O comportamento das mulheres não mostrava submissão a quem falava, pois o espaço possibilitava a discussão, a sugestão. Não era um processo de apenas transmitir conhecimentos para outrem, mas sim, a troca de saberes entre indivíduos de rotinas distintas.

Lopes et al (1999), salientam que através da escuta ativa, o profissional mostra ao outro que o conhece; através da aceitação do outro, aceita-o de forma compreensiva; através da empatia compreende os sentimentos do outro e não apenas suas ideias e através da confiança possibilita a tomada de consciência das próprias emoções e do manejo adequado. E nesse ato da Acolhida, a chave principal é a humanização. Os indivíduos presentes na ação puderam perceber o agir humanizado, pois a construção de rodas de conversas é consoante com essa prática, uma vez que a escuta é qualificada. Além disso, puderam descrever todas as suas necessidades, sendo estas informações importantes para que o grupo organizador se juntasse mais uma vez e, a partir do que essas pessoas precisam, fosse criado novas ações já suprimindo as precisões.

Com essa técnica, percebe-se que todos são sujeitos ativos, os quais podem e são capazes de modificação do meio, para que assim, a vivência seja cada vez mais harmoniosa. Outra coisa interessante é o desenvolvimento da personalidade dessas mulheres, a partir de dinâmicas e brincadeiras que dão ênfase ao ser, relevando características e mostrando os pontos positivos e

tentando moldar os maléficis.

É oportuno enfatizar que o profissional de saúde deve acolher os pacientes de modo amável, compreensivo e com carinho, para que eles se sintam valorizados e à vontade para manterem uma relação interpessoal em que, com base na empatia, na confiança e na linguagem acessível, se estabeleça uma interação saudável (SANTOS; FERNANDES; OLIVEIRA, 2012).

Com o Acolhimento Humanizado, os acadêmicos notaram a concretização do Vínculo harmonioso, em que elas agradecem, desabafam, dizem o que sente, até suas angústias e vontades. A relação se inicia entre indivíduos e finda como entes queridos, mas isso quando tem fim, pois a relação foi muito bem criada e não há espaços para separações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos realizados sobre a temática Acolhimento e a experiência vivida sobre essa temática pelos integrantes do projeto de extensão Educação Popular em Saúde, percebe-se que o acolhimento funciona como uma das bases para a humanização da assistência nas instituições, a fim de possibilitar resolutividade, vínculo e responsabilização entre trabalhadores de saúde e usuários.

O acolhimento é uma prática de saúde cujo retorno é visível, pois as pessoas criam conexões e laços afetivos importantes com as equipes dos serviços, tendo-os como referência para o cuidado. Logo, o acolhimento deve ser efetuado como ação de aproximação, “um estar” e “perto de”, ou seja, como uma conotação de inclusão.

Desse modo, foi observado que a roda de conversa é uma ótima prática de acolhimento, onde as necessidades das mulheres que fazem parte do projeto podem ser ouvidas, procurando-se soluções para supri-las em um novo momento e também criando assim uma ligação com as mesmas.

REFERÊNCIAS

VASCONCELOS, M; GRILLO, M.J.C; SOARES, S.M. Práticas educativas em Atenção Básica á Saúde: Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Editora UFMG, 2009, p.12; 37.

ACOLHIMENTO, 2008. Disponível em:

<<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>>. Acesso em: 14 set. 2016

LOPES, M. J. M.; SILVEIRA, D. T.; FERREIRA, S. R. **Educação em saúde nas doenças crônico-degenerativas e a promoção da qualidade de vida: relato de experiência. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**. Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 1999, p.121-30.

SANTOS, M. F. O.; FERNANDES, M. G. M.; OLIVEIRA, H. J. Acolhimento e humanização na visão dos anestesiológicos. **Rev. Bras. Anesthesiol.** Campinas, v. 62, n. 2, p. 206-213, abr. 2012.

¹Vinculado à atividade do Projeto de Extensão Universitária “Educação Popular em Saúde” das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança;

²Relator: Graduanda em Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança (Famene), João Pessoa – PB, Brasil. E-mail: marcelafrancioli4@hotmail.com;

³Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa – PB, Brasil;

⁴Docente das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança, João Pessoa – PB, Brasil.

19. PERSPECTIVA DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM ENFERMAGEM NA CONSCIENTIZAÇÃO E ASSISTÊNCIA PRÉ HOSPITALAR A COMUNIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Alessandra Silva do Nascimento ²
Bárbara Aparecida da Silveira Beserra ²
Salmana Rianne Pereira Alves ³
Sergio Roberto Simões Houly Junior ⁴
Glaydes Nely de Sousa da Silva ⁵

RESUMO

O projeto de extensão universitária em urgência e emergência, assume um importante papel não apenas social, mas acadêmico, quando oferece aos extensionistas a oportunidade de serem capacitados para capacitar e para prestar atendimento pré-hospitalar. Objetiva-se descrever a experiência de acadêmicos de enfermagem e medicina das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, integrantes do projeto de extensão FAPH – FACENE no Atendimento Pré-Hospitalar: capacitando o cidadão para condutas emergências. Trata-se de um relato de experiência, em que se observa que os alunos integrantes do FAPH, mostraram significativa satisfação na aprendizagem e transmissibilidade do conhecimento acadêmico para a população leiga, bem como no atendimento pré-hospitalar em eventos esportistas. Conclui-se que a participação neste projeto de extensão proporcionou a todos os acadêmicos uma aproximação com a realidade tanto assistencial quanto educativa, para que os mesmos vivenciem na prática o conhecimento adquirido na academia.

PALAVRAS-CHAVE: urgência e emergência, extensão universitária, educação em saúde.

INTRODUÇÃO

A Extensão universitária vem se mostrando essencial na formação humanizada do profissional de saúde. Sabe-se que o desafio de extensão é enorme, mas a prática educativa é um dos principais eixos norteadores para a formação do profissional de Enfermagem e medicina, que se concretizam nos múltiplos espaços de realização das suas ações, com isso, os programas de extensão universitária adotam particularmente uma importância ímpar para os referidos acadêmicos. Quando inseridos à rede assistencial, surgem novas experiências voltadas à humanização, ao cuidado e à qualificação da atenção à saúde.

No contexto da urgência e emergência, destaca-se a importância da educação em saúde, considerando o fato de que a ocorrência de acidentes onde o cidadão não é treinado para realizar os primeiros socorros, causa um problema de saúde pública de expressiva magnitude. O esclarecimento e treinamento da comunidade para o atendimento de diversas situações de emergência é essencial para salvar vidas. Acredita-se que a população deve estar capacitada para agir em qualquer situação de urgência ou emergência, prestando atendimento de primeiros socorros e ajudando no reconhecimento dessas situações.

Nesse sentido, o projeto de extensão universitária em urgência e emergência, assume um importante papel não apenas social, mas acadêmico, quando oferece aos extensionistas a oportunidade de serem capacitados para capacitar e para prestar atendimento pré-hospitalar.

Diante do exposto, objetiva-se descrever a experiência de acadêmicos de enfermagem e medicina das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, integrantes do projeto de extensão FAPH – FACENE no Atendimento Pré-Hospitalar: capacitando o cidadão para condutas emergências, dos períodos de 2016.1 e 2016.2.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência vivenciado pelos acadêmicos de enfermagem e medicina enquanto extensionistas do projeto intitulado “FAPH: FACENE no Atendimento Pré-Hospitalar, que acontece nas dependências do Campus das Faculdades Nova Esperança. Onde as atividades do grupo são desenvolvidas semanalmente, as terças feiras no referido campus universitário e em outros dias e locais a depender das solicitações feitas através de ofício ao Núcleo de Pesquisa e Extensão Acadêmica - NUPEA da instituição. O projeto é composto por 2 docentes, 2 egressas de enfermagem, 6 discentes da graduação de enfermagem e 2 discentes da graduação de medicina, o projeto conta como público-alvo cidadãos leigos que necessitam ser capacitados para as condutas emergenciais. As oficinas são constituídas de 2 momentos: a explanação do conteúdo teórico, momento também utilizado para sanar dúvidas que por ventura surjam, e um segundo momento com atividades prática de tudo que foi explanado anteriormente. As oficinas são planejadas com base na educação em saúde, e na execução são utilizados, data show, panfletos educativos, manequins, imagens, dentre outros recursos metodológicos. Após a capacitação, os extensionistas atuam em escolas de ensino fundamental e médio como palestrantes, instrutores em minicursos para estudantes e profissionais de saúde, e socorristas no atendimento pré-hospitalar em eventos esportistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto se inicia com a capacitação dos egressos e discentes pelas coordenadoras do projeto com a duração de seis meses em sala de aula, os integrantes passam por aulas teóricas e práticas. Os conteúdos abordados em sala de aula são: O que fazer e o que não fazer em uma situação de Desmaio, Crises convulsivas, assunto esse que até hoje gera muitas dúvidas (mitos e tabus), em uma situação de engasgo (Manobra de Hemilich) e o assunto mais importante de toda capacitação em uma situação de Parada cardiorrespiratória e o uso do DEA (Desfibrilador Externo Automático), além da inserção de acidentes com animais peçonhentos. Nos conteúdos referidos, são abordados os sinais e sintomas, como diagnosticá-las e por fim tratá-las usando apenas o recurso do conhecimento.

A partir da conscientização, ou na conscientização, o homem adquire uma consciência e um compromisso histórico, que é um processo permanente de natureza dialética em que o conscientizado se converte no que Freire denomina “fator utópico”, e que segundo o educador, “A conscientização implica, pois, que ultrapassemos a esfera espontânea da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica”(FREIRE.P., 1980).

Os integrantes ao ministrarem curso de Suporte Básico de Vida para leigos e profissionais passam pela experiência da Docência e manifestam o desejo de seguir a profissão ou não, ao ministrar cursos em diversas instituições, os extensionistas desenvolvem habilidades, desenvolvuras e segurança, aprendendo a lidar com ocasiões que desarticulam e desequilibram o seu raciocínio buscando assim uma resposta imediata para o caso em questão, além disso, é favorecido também para que apresente um melhor desempenho no trabalho de conclusão de curso, pois a timidez e o medo do público foi deixado para trás no decorrer da extensão universitária.

Nos eventos pré-hospitalares os discentes põem em pratica todo conhecimento adquirido em sala de aula para dá o suporte necessário em eventos escolares, campeonatos Norte/Nordeste, eventos de nível nacional, tendo assim a vivência de uma verdadeira urgência e como aplicar com êxito os primeiros socorros, garantindo com isso uma vasta cobertura em eventos com grande número de público e com uma equipe completa e bem preparada.

A análise evidenciou que alunos integrantes do FAPH, mostraram significativa satisfação na aprendizagem e transmissibilidade do conhecimento acadêmico para acadêmico para a população leiga, bem como no atendimento pré-hospitalar em eventos esportista, verificou-se ainda que a referida população possui conhecimentos a respeito de atendimento em primeiros

socorros, porém, são incompletos ou incorretos, comprometendo o socorro, sendo de suma importância o contato aluno-sociedade para capacitar o leigo frente ao atendimento precoce em situações de emergência, além de haver uma grande interação do saber técnico científico com o popular exercendo assim um complemento benéfico para a vida profissional.

A extensão universitária é adequada para abrir os horizontes dos discentes para a vida profissional, ensina a se portar diante das diferentes situações e públicos, além de proporcionar autonomia com compromisso e responsabilidade. É o momento de colocar em prática o aprendizado construído e aprender com o conhecimento dos outros (MACÊDO ET.AL, 2013).

O voluntário extensionista em enfermagem e medicina estabelece uma relação maior entre instituição e sociedade, sobretudo, pelo fato de propiciar um paralelo entre a teoria e o mundo real com suas necessidades e desejos, transmitindo futuramente um profissional com maior segurança e liderança em seu dia a dia.

De acordo com Serrano (2010), pensar a universidade a partir de seus objetivos básicos de formação profissional, geração de novos conhecimentos e disseminação desses conhecimentos, pode-se dizer que é um processo complexo face à natureza e diversidade do trabalho acadêmico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a participação neste projeto de extensão proporcionou a todos os acadêmicos uma aproximação com a realidade tanto assistencial quanto educativa, para que os mesmos vivenciem na prática o conhecimento adquirido na academia. Estando certos de que ao término, sairemos carregados de saberes importantíssimos para a construção do profissional que nos tornaremos.

Assim sendo, ressalta-se ainda que a extensão universitária fortalece o vínculo e proporciona aos acadêmicos a experiência de inserções nos cenários de atuação profissional, onde o trabalho contribui muito para a formação do espírito humanizado desses futuros enfermeiros e médicos, e os benefícios sociais se tornam mais consistentes e duradouros.

REFERÊNCIAS

MACEDO. D. A. F. ET.AL. **Tuberculose Em Uma Penitenciária: Um Relato De Experiência 2013.**

NUNES. S.A.C. Projeto de Extensão da FOB USP Rondônia e o pensamento crítico social na formação do fonoaudiólogo e odontólogo: uma ação educativa transformadora. Disponível em: <file:///C:/Users/Adm/Downloads/SelmaAparecidaNunesChaves_Rev.pdf>. Acesso em setembro de 2016.

SERRANO, R. S. M. *Conceitos de extensão universitária: um diálogo com Paulo Freire.*

Disponível em:

<http://www.prac.ufpb.br/copac/extelar/atividades/discussao/artigos/conceitos_de_extensao_universitaria.pdf>. Acesso em setembro de 2016.

¹ Relato de experiência de discentes do Projeto de Extensão intitulado: “FAPH: Facene no Atendimento Pré Hospitalar”, das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE).

² Egressas de Enfermagem do Projeto de Extensão intitulado: “FAPH: Facene no Atendimento Pré Hospitalar”, das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE).

³ Coordenadora do Projeto de Extensão intitulado: “FAPH: Facene no Atendimento Pré Hospitalar”, das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE).

⁴ Relator e acadêmico de Medicina do Projeto de Extensão intitulado: “FAPH: Facene no Atendimento Pré Hospitalar”, das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE).

⁵ Orientadora e Coordenadora do Projeto de Extensão intitulado: “FAPH: Facene no Atendimento Pré Hospitalar”,

das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE).

20. OFICINA DE ALEITAMENTO MATERNO COM GESTANTES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE EXTENSIONISTAS¹

Laís Sara Conserva Chagas²

Amanda Benício da Silva³

Rayanny dos Santos Angelo Pereira⁴

Thayse Caroline Silva Rios⁵

Raíssa Freitas Cabral Porto⁶

RESUMO

Tendo em vista a importância do aleitamento materno e os mitos que envolvem esse ato, e pensando nesta problemática as discentes do projeto de extensão intitulado: “Grupo de Gestantes FACENE/FAMENE - 2016” viram a necessidade de relatar as experiências vivenciadas por elas durante uma oficina sobre amamentação. As atividades do grupo são desenvolvidas semanalmente as quartas-feiras, nas dependências das Faculdades Nova Esperança e é composto por 2 docentes, 2 discentes da graduação de enfermagem e 2 discentes da graduação de medicina. As oficinas são constituídas de 3 momentos: dinâmica, explanação da temática e distribuição de um lanche. A participação neste projeto de extensão proporcionou a todas as acadêmicas uma aproximação com a realidade das gestantes, podendo levar até elas o conhecimento adquirido na academia estando certas de que ao término, sairemos carregados de saberes importantíssimos para a construção do profissional que nos tornaremos.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno. Gestantes. Relações Comunidade-Instituição. Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

A gravidez é uma fase que ocorre diversas transformações no organismo materno, sendo estas anatômicas, fisiológicas, emocionais e sociais, com a finalidade de garantir o crescimento e desenvolvimento saudável do feto em formação. O Aleitamento materno faz parte dessa fase, sendo de suma importância para o crescimento adequado do bebê nos primeiros meses de vida, protegendo-o de doenças crônicas e infecciosas, além de aumentar o vínculo entre mãe e filho (AMORIM, 2010).

A amamentação proporciona ao recém-nascido um ótimo começo na vida e contribui para a melhor saúde da mãe. Em vista disso senti necessidade de buscar na literatura embasamento científico para realizar este trabalho (JUSTINO, 2010).

Ainda para o autor supracitado, quando uma mulher passa por um processo de gestação, ela pode sentir-se um pouco confusa e muitas vezes angustiada. Ao trocar experiências com outras mulheres e com profissionais capacitados entendemos que ela terá o seu poder vital fortalecido para superar os obstáculos que virão. Em diversos casos, um desses obstáculos é a amamentação.

Tendo em vista toda esta discussão o presente estudo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas pelas extensionistas de um projeto de extensão destinado ao público de gestantes em uma oficina sobre Aleitamento Materno.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por acadêmicas de enfermagem e medicina enquanto extensionistas do projeto intitulado “GRUPO DE GESTANTES: PERSPECTIVAS PARA UMA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO SAUDÁVEIS – 2016”.

As atividades do grupo são desenvolvidas semanalmente as quartas-feiras nas dependências das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE) e é composto por 2 docentes, 2 discentes da graduação de enfermagem e 2 discentes da graduação de medicina, o projeto conta com um público-alvo estimado em 30 (trinta) gestantes que residem no entorno da referida Instituição de Ensino Superior (IES).

As oficinas são constituídas de 3 momentos: a dinâmica para descontrair as participantes; a explanação do conteúdo previamente sugerido pelas próprias gestantes, momento também utilizado para retiradas de possíveis dúvidas que por ventura surjam; e a distribuição do lanche, momento de descontração para todos.

As oficinas são planejadas com base na educação em saúde, e na execução são utilizados cartazes, banners, exposição em data-show, vídeos, panfletos educativos, manequins, imagens, dentre outros recursos metodológicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto proporciona ao discente uma rica e prazerosa experiência, gerada a partir da troca de conhecimentos partilhados durante toda a extensão, há uma grande interação do saber técnico-científico com o popular, possibilitando um excelente acréscimo à futura vida profissional (VELTRONI, 2007).

A extensão universitária é capaz de abrir os horizontes dos discentes para a vida, ensina a se comportar diante das diferentes situações e públicos, além de proporcionar autonomia com compromisso e responsabilidade. É o momento de colocar em prática o aprendizado construído e aprender com o conhecimento dos outros. Além disso, foi perceptível para as alunas que as orientações e informações passadas às gestantes foram bem assimiladas pelas mesmas, preparando-as para o autocuidado e o cuidado com o bebê.

De acordo com Manchur (2013), a extensão universitária é um dos caminhos para desenvolver uma formação acadêmica completa, que integra teoria e prática numa comunicação com a sociedade e possibilita uma troca de saberes entre ambos. Através dessa ação acontece a socialização e construção de novos conhecimentos.

Em cada reunião, as gestantes verbalizavam seus medos, angústias e dúvidas sobre a fase que estavam vivenciando. Diante disto fica clara a satisfação em poder participar deste momento tão especial na vida destas mulheres. Este projeto contribuiu para que tenhamos uma formação acadêmica com um saber em saúde ampliado, proporcionando novas experiências e vivências, tornando-nos futuras profissionais de enfermagem mais conscientes e humanizadas. Tudo foi feito com muito amor, cada palestra foi preparada com muito carinho. Estes momentos eu sempre levarei comigo. Gratidão é a palavra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação neste projeto de extensão proporcionou a todas as acadêmicas uma aproximação com a realidade das gestantes, estabelecendo vínculos estreitos, através da destruição de mitos.

Os objetivos do projeto de forma geral foram alcançados, consideramos que foi possível promover maior interação entre o conhecimento técnico e o popular através da didática utilizada possibilitando com isso nos mostrarmos mais próximos da realidade das gestantes da comunidade, tendo como consequência das atividades uma maior interação entre gestantes, puérperas e extensionistas.

As atividades desenvolvidas no grupo de gestantes foram desenvolvidas a partir de temas de abordagem referente a gestação e puerpério solicitados pelas participantes, resultando assim numa completa ação educativa de prevenção e promoção da saúde.

A gratidão é um sentimento que também emana nas extensionistas pela oportunidade de poder levar até eles o conhecimento adquirido na academia e a certeza de que ao término, sairão

carregadas de saberes de grande importância para a construção profissional.

O mesmo ainda possibilitou que nós estudantes pudéssemos nos capacitar, na prática, em como realizar atividades em grupos de promoção de saúde além de interiorizarmos a atuação pautada na educação popular em saúde, a qual pretendo utilizar durante minha vida profissional como um todo.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M.M.; ANDRADE, R.; E. *Perspectiva online*, v.3, n.9, 2009.

JUSTINO, M. M.; MORCELLIN, A.; RODRIGUES, G.I.; BERTOLDO, B.I.; CARRARO, E.T. *Revista Enfermagem Atual* v.7, n.37, 2007.

MANCHUR, J.; SURIANI, A.; CUNHA, M. *Revista Conexão UEPG*, v.9, n.2, 2013.

VELTRONE, A. A.; MENDES, ENICEIA. *A formação docente na perspectiva da inclusão*, 2007.

¹ Relato de experiência de discentes do Projeto de Extensão intitulado: “GRUPO DE GESTANTES: PERSPECTIVAS PARA UMA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO SAUDÁVEIS - 2016”, das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE).

² Discente da graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). Relatora do trabalho.

³ Enfermeira. Mestre pela UFPB. Docente das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE/PB). Colaboradora do projeto. Orientadora.

⁴ Discente da graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE).

⁵ Discente da graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

⁶ Discente da graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)

21. DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA E SEUS ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS¹

Tyssia Nogueira Lima²

Alberto de Sousa Videres Filho³

Milena Héliida Leite Fragoso³

Vanessa de Oliveira Holanda³

Clélia de Alencar Xavier Mota⁴

RESUMO

Introdução: No Brasil, até 2014, apenas a dengue era conhecida por ser transmitida pelo *Aedes aegypti*. Atualmente se sabe que há outras enfermidades transmitidas pelo mosquito, como chikungunya e zika. O estudo objetiva conscientizar a sociedade de que somente por meio do saneamento básico mudaremos o atual cenário epidemiológico. Método: Realizou-se uma revisão crítica da literatura, baseada em artigos científicos sobre o tema. Resultados e discussão: As arboviroses assumem grande relevância epidemiológica, pois há proliferação constante de criadouros do vetor. Somado a isso, o diagnóstico precoce inadequado dessas doenças, frequentemente confundidas com outras, também explica o ressurgimento dessas arboviroses, para as quais não existe vacina eficaz. Assim, urge combater o mosquito transmissor e eliminar locais propícios para sua reprodução. Considerações finais: Ações eficazes de combate ao vetor, identificação precoce de novas áreas afetadas, buscas de tratamentos mais eficientes e pesquisas para o desenvolvimento de vacinas mostram-se necessários e urgentes.

PALAVRAS-CHAVE: Dengue, Vírus Chikungunya, Zika vírus.

INTRODUÇÃO

No Brasil, até o ano de 2014, somente a dengue era conhecida por ser transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*. Atualmente já se tem conhecimento que há outras enfermidades transmitidas pelo *Aedes aegypti*, como a chikungunya, que teve seu primeiro relato em indivíduos oriundos de países da América Central, principalmente do Haiti e República Dominicana, e o zika vírus, que representa outra enfermidade preocupante transmitida pelo mesmo mosquito. No Brasil, algumas medidas para erradicar o vetor foram realizadas até o prezado momento, no entanto, não houve grandes êxitos nas ações aplicadas para sua eliminação.

Assim, a presença do vetor em todas as regiões brasileiras favorece a disseminação de outras doenças transmitidas por este. Por conseguinte, há a necessidade de se fazer um diagnóstico diferencial entre tais doenças, pois apesar de serem transmitidas pelo mesmo vetor, são distintas entre si. Elas apresentam sinais clinicamente parecidos como febre, dores de cabeça, enjoo e exantema, porém há alguns sintomas marcantes que diferem as enfermidades. Enquanto a dengue se destaca pelas dores no corpo e a chikungunya por dores e inchaço nas articulações, a zika se destaca por uma febre mais baixa (ou ausência de febre), muitas manchas na pele e prurido no corpo.

O combate ao mosquito *Aedes aegypti* é de vital importância, uma vez que as doenças transmitidas pelo mosquito podem levar a complicações e danos irreversíveis à população. A principal complicação da dengue é a desidratação grave, que ocorre sem a pessoa perceber e a sua forma mais grave é a dengue hemorrágica. A principal complicação da chikungunya é a permanência, por longo tempo, das dores e inchaço nas articulações, às vezes impedindo as pessoas de retornarem às suas atividades. Já as complicações mais observadas no zika vírus têm sido as manifestações neurológicas, Síndrome de Guillain-Barré e a microcefalia.

No Brasil, a dengue conta atualmente com quatro tipos de vírus circulantes, enquanto que a

chikungunya é causada pelo vírus CHIKV e a febre zika pelo vírus ZIKV. Diante deste novo quadro no Brasil, com a circulação simultânea de seis vírus potencialmente danosos a população, objetiva-se estudar suas características e potencialidades, bem como conscientizar a sociedade de todo o Brasil de que somente por meio do saneamento básico mudaremos o atual cenário epidemiológico.

MÉTODO

Realizou-se uma revisão crítica da literatura, baseada na busca por artigos científicos, em alguns bancos de dados, como Bireme (Biblioteca Regional de Medicina) e Scielo (Scientific Electronic Library Online), sobre o referido tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dengue, zika e chikungunya fazem parte de um grupo de doenças, cujo vírus é transmitido por um mesmo vetor, o *Aedes aegypti* e o *Aedes albopictus*, mosquitos da família Culicidae. Desde meados de 1923 a 1982, o Brasil manteve-se sem registro de casos de dengue no país, mas sua reintrodução iniciou-se desde 1976 em Salvador, Bahia. Hoje é a arbovirose mais importante do mundo, pois bilhões de pessoas se encontram sob risco de se infectarem, principalmente em locais tropicais e úmidos que favorecem a reprodução do mosquito transmissor.

As causas para a ocorrência de novos surtos da dengue não são totalmente esclarecidas. Acredita-se que fatores como mudanças demográficas rurais-urbanos nos países subdesenvolvidos, principalmente na década de 60, contribuíram para crescimento exagerado e desordenado das cidades e culminando com problemas de habitação, com casas semiconstruídas, saneamento básico e falta de políticas de urbanização. A partir de tais problemas criou-se condições favoráveis à proliferação e disseminação do vetor e de seus reservatórios. Além disso, os surtos de dengue, ZIKAV e chikungunya (CHIKV) também se devem a uma intensa e progressiva ocupação agrícola de áreas de florestas e o rompimento do seu ecossistema, transformando trabalhadores desta região em hospedeiros em um ambiente de alta densidade de mosquitos. Desde janeiro deste ano, a Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, nos informa sobre a casca do caramujo africano, logo após a morte do molusco, se tornar um criadouro do *Aedes aegypti* por acumular água de chuva.

Ainda hoje, existe uma considerada parcela da população vivendo em favelas e áreas marginalizadas que armazenam água e lixo de forma inadequada. A expansão da indústria moderna contribuiu para produção de material descartável como garrafa, pneu, lata, plásticos em geral e intensa fabricação de veículos automotores. Neste contexto existe uma proliferação constante de criadouros potenciais do vetor que são abandonados ao longo de vias públicas, praias e terrenos baldios. Somado a isso, os hospedeiros dispõem de uma maior facilidade de transporte aéreo e terrestre.

O diagnóstico precoce dessas doenças não realizado adequadamente e com frequência confundidos com outras doenças, como rubéola ou outras viroses, também pode explicar o ressurgimento dessas arboviroses, já que quando o diagnóstico efetivo é realizado, o vírus já infectou um grande número de pessoas, contribuindo para uma dificuldade no controle da epidemia.

Não existe uma vacina eficaz de uso preventivo contra a dengue. Desta forma, para se evitar a transmissão dessas doenças o melhor é o combate ao mosquito transmissor e eliminação de locais propícios para sua reprodução. As medidas que levam em consideração o combate ao vetor envolvem o recolhimento de materiais como pneus usados expostos ao ar, latas, garrafas, plásticos abandonados, limpeza de terrenos baldios, uso de inseticidas, uso de larvicida em depósitos de água de consumo, troca periódica de água de plantas, limpeza de piscinas e sua manutenção com água tratada.

No Brasil, o controle dessas doenças se baseia em um conjunto de ações ligadas à vigilância em saúde e atenção básica. A atenção básica é a porta de entrada do serviço de saúde,

sendo responsável por um controle efetivo na prevenção e identificação de novos casos.

Cada cidade deve atender de forma adequada suspeitas de casos de dengue, zika e chikungunya, facilitando o acesso precoce aos serviços de saúde e dispondo de equipes treinadas que classifiquem os casos e enumerem condutas a serem tomadas. Também é essencial dispor de unidades de terapia intensiva, reservar leitos hospitalares e acompanhar o indivíduo desde sua residência até os diferentes níveis de complexidade de assistência médica. Assim, facilitar a referência e contrarreferência no quesito saúde. As políticas voltadas para informar a população sobre as arboviroses também possuem impacto importante na sua prevenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise retrospectiva das principais arboviroses em circulação no Brasil e a expectativa de severas implicações futuras chamam a atenção para a necessidade urgente de priorização das medidas governamentais para o controle dos vetores, os quais se adaptam facilmente às mudanças do meio ambiente e possuem alta capacidade de se reproduzir, desafiando os programas de prevenção e controle instituídos.

Com a presença dessas três doenças circulando simultaneamente e com alguns sintomas semelhantes entre si, há um aumento na dificuldade do diagnóstico exato, mas este se mostra necessário para evitar o agravamento das consequências que cada virose pode trazer ao paciente. Existem alguns sinais e sintomas comuns entre as três doenças e, além disso, alguns sintomas podem se manifestar em determinados pacientes e não em outros.

A dengue continua sendo a doença que causa a maior preocupação no momento atual. Mas não se pode negligenciar a chikungunya e a zika, que já estão presentes e podem se tornar novas epidemias, trazendo graves efeitos para a população. É inquestionável, diante da epidemiologia, que a dengue é a doença que mais causa óbitos, no entanto a incapacitação e as sequelas que a chikungunya pode trazer aos pacientes, bem como as consequências neurológicas advindas de complicações da zika, são fatores preocupantes.

Ações mais eficazes de combate ao vetor, identificação precoce pelos agentes de controle epidemiológico de novas áreas afetadas, buscas de tratamentos mais eficientes com maior especificidade e pesquisas para o desenvolvimento de vacinas se mostram necessários e urgentes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Febre de chikungunya: manejo clínico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

DIAS, L.B.A. et. al. Dengue: Transmissão, aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento. **Medicina USP**. Ribeirão Preto, v. 43, n. 2, p. 143-152, 2010.

MONDINI, A.; CHIARAVALLI NETO, F. Variáveis socioeconômicas e a transmissão de dengue. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 923-30, 2007.

PUSTIGLIONE, M. Medicina do Trabalho e doenças emergentes, reemergentes e negligenciadas: a conduta no caso das febres da dengue, do Chikungunya e do Zika vírus. **Rev Bras Med Trab**. São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-12, 2016.

TAUIL, P.L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 18(3):867-871, mai-jun, 2002.

TAUIL, P.L. Urbanização e ecologia da dengue. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 17(Suplemento):99-102, 2001.

VALLE, D.; PIMENTA, D.N.; AGUIAR, R. Zika, dengue e chikungunya: desafios e questões. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, 25(2), p. 419-422, 2016.

¹ Projeto de Extensão Buscando Saúde

² Discente da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB). E-mail: tyssia.nog@gmail.com

³ Discente da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB)

⁴ Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, PB)

22. A IMPORTÂNCIA DE HÁBITOS SAUDÁVEIS EM GESTANTES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIAS DE EXTENSIONISTAS¹

Raissa Freitas Cabral Porto²
Amanda Benício da Silva³
Laís Sara Conserva Chagas⁴
Rayanny dos Santos Ângelo Pereira⁵
Thayse Caroline Silva Rios⁶

RESUMO

A ausência de hábitos saudáveis dentro e fora do período gestacional nas comunidades mais carentes é bastante significativa, visto que, durante a gestação, a falta dessa prática pode afetar o bem-estar da gestante e do bebê. Diante desse fato, as discentes do projeto de extensão intitulado: “Grupo de Gestantes: Perspectivas para uma Gestação, Parto e Puerpério Saudáveis- 2016” viram a necessidade de abordar o tema “Hábitos Saudáveis”, em uma das oficinas realizadas semanalmente, para demonstrar a importância de práticas saudáveis dentro e fora da gestação a fim de melhorar o bem-estar, a saúde e a interação da mãe com o filho. O presente estudo trata-se de um relato de experiência vivenciado pelas acadêmicas de enfermagem e medicina enquanto extensionistas e tem como objetivo relatar a oficina citada anteriormente, bem como a reação das gestantes participantes do projeto perante o tema. O grupo de gestantes é uma complementação do pré-natal, ocorrendo de forma mais descontraída e criando vínculos entre as discentes e as participantes, tornando mais fácil e prazeroso o aprendizado de ambas as partes.

PALAVRAS-CHAVE: estilo de vida. Bem-Estar Materno. Gestantes. Relações Comunidade-Instituição.

INTRODUÇÃO

Durante o período gestacional, o corpo da mulher passa por diversas transformações dos diferentes sistemas para que possa ofertar ao bebê tudo o que for necessário para seu desenvolvimento saudável. O psicológico da gestante também é bastante afetado com a chegada dessa nova fase. (ALMEIDA et al., 2005)

Nesse período, os hábitos saudáveis, principalmente os alimentares, interferem de modo extremamente significativo no desenvolvimento do feto, nas modificações do corpo da gestante no período gravídico-puerperal e no seu bem estar geral. O tipo de alimentação sofre grande influência das questões culturais e socioeconômicas, por exemplo, e no período gestacional nem sempre são consumidos os nutrientes necessários para tal fase (COTTA et al., 2009).

A realização de exercícios físicos apropriados para gestantes contribui para a sua adaptação à fase em que se encontra, prevenindo lombalgias ao adaptar a gestante à nova postura determinada pelo aumento do útero e peso do bebê. Reduz também o estresse cardiovascular e ajuda nas questões emocionais da gestante (BATISTA et al., 2003).

Tendo em vista toda esta discussão o presente estudo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas pelas extensionistas de um projeto de extensão destinado ao público de gestantes em uma oficina sobre os Hábitos Saudáveis que devem ser seguidos principalmente durante a gestação, mas também fora dela.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por acadêmicas de enfermagem e medicina enquanto extensionistas do projeto intitulado “GRUPO DE GESTANTES: PERSPECTIVAS

PARA UMA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO SAUDÁVEIS – 2016”.

As atividades do grupo são desenvolvidas semanalmente as quartas-feiras nas dependências das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE) e é composto por 2 docentes, 2 discentes da graduação de enfermagem e 2 discentes da graduação de medicina.

O projeto conta com um público-alvo estimado em 30 (trinta) gestantes que residem no entorno da referida Instituição de Ensino Superior (IES). As oficinas são constituídas de 3 momentos: a dinâmica para descontrair as participantes; a explanação do conteúdo previamente sugerido pelas próprias gestantes, momento também utilizado para retiradas de possíveis dúvidas que por ventura surjam; e a distribuição do lanche, momento de descontração para todos.

As oficinas são planejadas com base na educação em saúde, e na execução são utilizados cartazes, banners, exposição em data-show, vídeos, panfletos educativos, manequins, imagens, dentre outros recursos metodológicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A oficina sobre Hábitos Saudáveis foi iniciada com um exercício de alongamento com as gestantes, a fim de começar a introduzir a prática de exercícios físicos como sendo importante durante a gestação. Em seguida, foi realizada uma apresentação de slides de forma interativa com o grupo, para mostrar quais seriam os tais hábitos saudáveis e em que poderiam ajudá-las.

Inicialmente foi explorado o tema das atividades físicas, como alongamento, e tiradas as dúvidas das gestantes sobre que tipo de atividades seria melhor para elas e quais deveriam ser acompanhadas mais de perto por um profissional. Foram mostrados a elas seus benefícios, como aliviar o estresse e a tensão, controlar o ganho de peso, facilitar o trabalho de parto, combater a ansiedade, fortalecer o corpo, proporcionar boa postura, melhorar a autoestima, dentre outros.

Os benefícios de se obter um estilo de vida mais saudável devem ser tema abordado de modo sistemático na assistência pré-natal, um momento particularmente propício para a intervenção de profissionais da saúde (NASCIMENTO et al., 2014).

Em seguida, foram apresentados as gestantes as massagens e os exercícios perineais que poderiam ser realizados para facilitar e preparar melhor a mulher para a hora do trabalho de parto. Muitas desconheciam as manobras e até mesmo a anatomia perineal e se mostraram bastante surpresas e interessadas com o assunto.

Foi frisada a importância do relaxamento e das práticas que fazem bem ao bem estar da gestante, fatores que normalmente têm sua importância subestimada. Estão inclusas nessas práticas atividades como dormir, ouvir música, conversar sobre assuntos agradáveis e deixar fluir bons sentimentos para que o bebê possa sentir.

Outros tópicos abordados foram a importância da higiene íntima e bucal, do uso de roupas confortáveis, da prática do sexo durante a gestação e da necessidade de se manter hidratada.

O último subtópico foi sobre a alimentação saudável, onde foi exposto os principais tipos de alimentos que devem ser evitados durante a gestação e aqueles que devem ser preconizados não só nesse período, mas durante toda a vida.

A oficina representou um meio simples e acessível para as gestantes conhecerem mais sobre práticas saudáveis na gestação, já que o Projeto de Extensão tem como objetivo justamente ampliar os conhecimentos dos grupos mais carentes através de atividades que eles possam interagir, aprender e ao mesmo tempo de divertir.

Além disso, é possível criar um vínculo limitado entre as gestantes e as discentes ou entre as próprias gestantes, o que contribui para que os momentos de tirar dúvidas seja algo descontraído. Proporciona também mais conhecimento para as discentes através da prática e vivência com um determinado grupo, no caso as gestantes, favorecendo assim ambos os lados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de extensão realizou a oficina com o tema Hábitos Saudáveis com a finalidade de cumprir o seu papel de complementar as informações de um pré-natal e passar para as gestantes do grupo informações de forma mais descontraída e poder tirar suas dúvidas.

Diante das reações e das perguntas das gestantes, percebeu-se como era necessário a exposição desse tema, pois a maioria desconhecia certas práticas e consequências delas. Desta forma, as discentes puderam contribuir um pouco para a melhoria da saúde dessas mulheres, através de dinâmicas simples e acessíveis a classe social da maioria presente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. G. D. et al. **Análise comparativa das pe e pi máximas entre mulheres grávidas e não-grávidas e entre grávidas de diferentes períodos gestacionais.** Revista.Saúde.com 2005; 1(1): 9-17.

BATISTA, D. C. et al. **Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 3 (2): 151-158, abr. / jun., 2003.

COTTA, R. M. M. et al. **Aspectos relacionados aos hábitos e práticas alimentares de gestantes e mães de crianças menores de dois anos de idade: o programa saúde da família em pauta.** O Mundo da Saúde, São Paulo: 2009; 33(3): 294-302.

NASCIMENTO, S. L. et al. **Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica da literatura.** Rev Bras Ginecol Obstet. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/2014nahead/0100-7203-rbgo-0100-720320140005030.pdf> Acesso em: 11/09/2016.

23. FITOTERAPIA E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: MANIPULAÇÃO E USO DO XAROPE DE GUACO NOS PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS

Maria Aparecida Vanessa da Costa Leite¹

José Gustavo Sampaio de Sá²

Thamyris Vilar Correia³

Danielle Serafim Pinto⁴

RESUMO

A educação em saúde objetiva a construção de novas metodologias e tecnologias embasadas na Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Assim, através de uma oficina, acadêmicos de medicina, vinculados ao Projeto de Extensão “Educação Popular em Saúde” da Faculdade de Medicina Nova Esperança, enaltecem a utilização das plantas medicinais na manutenção das condições de saúde, tarefa está a qual tem tido especial atenção no âmbito do SUS, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. A possibilidade de associarmos a eficiência terapêutica comprovada cientificamente, ao baixo custo e aos menores efeitos colaterais dos fitoterápicos, mediante o uso correto faz do uso das plantas medicinais uma excelente forma de fortalecer no usuário a autonomia e o autocuidado em saúde. O uso do guaco e a sua manipulação na forma de xarope, para tratamento de problemas associados ao sistema respiratório foi o escolhido para o experimento, através de uma oficina educativa em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: fitoterapia; educação em saúde; guaco.

INTRODUÇÃO

A Educação Popular em Saúde é um pilar primordial nas ações coletivas de saúde, fazendo-se muito evidente nas discussões científicas e se tornando bastante presente e relevante. As atividades educativas em saúde, através de dinâmicas diversas, buscam fazer com que a população compreenda as patologias e os fatores associados a elas, conscientizando-a para a importância da mudança de hábitos, a fim de incorporar ao seu cotidiano práticas higiênicas e recomendações médicas que evitariam o desenvolvimento de um conjunto de doenças (GOMES; MERHY, 2011).

Uma das formas de se trabalhar a educação popular em saúde com a comunidade é através da Fitoterapia, uma prática enraizada na cultura de muitos povos e que faz parte das chamadas “terapias alternativas”. No Brasil, desde 2006 essa prática é reconhecida como opção terapêutica e preventiva para os usuários do SUS, de acordo com a portaria 971 de 3 de maio de 2006 (BRASIL, 2006).

O guaco, enfoque do presente trabalho, enquadra-se como planta de função reguladora respiratória, com diversos usos na medicina popular principalmente broncodilatadora, expectorante e fluidificante.

Este trabalho objetiva relatar a experiência vivenciada em uma oficina de manipulação do xarope de guaco, com um grupo de mulheres da comunidade do Valentina Figueiredo, do município de João Pessoa - PB, a fim de evidenciar as práticas e uso desta planta na comunidade.

MÉTODOS

A prática educativa foi realizada juntamente com a comunidade local do bairro do Valentina Figueiredo, na cidade de João Pessoa – PB. A ação ocorreu em maio de 2016, envolvendo três extensionistas, duas professoras e 20 participantes do projeto de Extensão

Educação Popular em Saúde. Desenvolveu-se nas dependências da FAMENE, primeiramente na sala de aula, onde houve uma explanação geral sobre as indicações, posologia e formas de preparação e uso do xarope de guaco e, em seguida, o grupo foi dirigido até o laboratório para a manipulação do xarope.

O embasamento teórico para essa produção científica se deu por meio de uma revisão de publicações científicas nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico, sendo utilizados os seguintes descritores: educação popular, saúde, fitoterapia, guaco e doenças respiratórias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O uso da fitoterapia na atenção básica à saúde pode representar mais que uma diminuição de custos, pois implica a aceitação do saber do outro, do usuário. Implica o vínculo e o respeito por valores culturais e condições de vida (DA ROSA, 2011).

Apesar do emprego de plantas medicinais ser uma prática antiga, foi percebido que a planta utilizada (Guaco) não era bem conhecida pelas usuárias. A oficina desenvolvida mostrou-se como uma prática enriquecedora de conhecimento, tendo em vista que havia pouco conhecimento prévio de parte das participantes com relação ao Guaco, bem como da sua forma de preparo e utilização.

Na ação em questão a comunidade aprendeu sobre as possibilidades de uso do Guaco, a maneira como ele é utilizado em preparos, neste caso optou-se pelo xarope. Além disso, foi abordado o uso das plantas medicinais em geral, corroborando o valor do seu emprego no dia-a-dia dessas usuárias, explicitado pelas mesmas, devido ao fácil acesso e baixo custo.

As observações populares sobre o uso e a eficácia de plantas medicinais contribuem de forma relevante para a divulgação das virtudes terapêuticas dos vegetais, prescritos com frequência pelos efeitos medicinais que produzem (MACIEL et. al. 2002).

Na oficina foram apresentadas também as formas mais comuns de utilização do Guaco, como a tintura e o xarope. No laboratório a preparação empreendida foi apenas do xarope, sabendo que ambas as preparações têm ação terapêutica antitussígena e expectorante. No entanto, a tintura do Guaco pode ser usada internamente ou externamente fazendo gargarejo, enquanto que o xarope composto do Guaco deve ser utilizado apenas internamente.

Os efeitos do Guaco sobre o sistema respiratório devem-se à cumarina, seu principal componente ao qual atribuí-se o efeito broncodilatador e auxiliar na eliminação das secreções respiratórias. Recomenda-se que seu uso não seja simultâneo ao uso de anticoagulantes e produtos contendo *Tabebuia avellanae* (ipê roxo) (FREITAS, 2008).

Dentro desse contexto, foi possível observar que o conhecimento sobre fitoterápicos é uma prática que enriquece os conhecimentos gerais da população e serve como terapia complementar para que os futuros profissionais da saúde usem em suas prescrições ambulatoriais. Portanto, é necessário considerar que a educação em saúde torna-se uma construção compartilhada de conhecimento, partindo das experiências e práticas dos sujeitos envolvidos buscando intervenção nas relações sociais que vão influenciar a qualidade de suas vidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo, pôde-se perceber a importância singular da Fitoterapia, que possibilita um acesso mais barato e ampliado como medidas terapêuticas eficazes. Essa experiência possibilitou a troca de conhecimentos e o alcance do objetivo pelos extensionistas, professores e participantes, ressaltando-se também a importância da realização de oficinas interativas, a fim de promover uma melhor comunicação entre os envolvidos, tornando o aprendizado mais lúdico, prazeroso e sólido.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 971 de 3 de maio de 2006**. Diário Oficial da União. Brasília: 2006, p. 20-25.

DA ROSA, C.; CÂMARA, S. G.; BÉRIA, J. U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Cienc Saúde Colet.**, v. 16, n. 1, p. 311-318, 2011.

FREITAS, T. P. et al. Effects of Mikaniaglomerata Spreng. and Mikania laevigata Schultz Bip. ex Baker (Asteraceae) extracts on pulmonary inflammation and oxidative stress caused by acute coal dust exposure. **Journal of medicinal food**, v. 11, n. 4, p. 761-766, 2008.

GOMES L.B.; MERHY E.E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n. 1, p. 7-18, 2011.

MACIEL, M.A. M. et al. Plantas medicinais: a necessidade de estudos multidisciplinares. **Quim. Nova**, v. 25, n. 3, p. 429-438, 2002.

¹Discente da Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE. End Rua Radialista Antonio Assunção de Jesus, N. 230, apt. 204, Jardim Cidade Universitária, João Pessoa-PB. E-mail: vanessaac.leite@gmail.com

²Discente da Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE. João Pessoa-PB. E-mail: gustavosampaiosa@hotmail.com

³Discente da Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE. João Pessoa-PB. E-mail: thamyrisvilar@hotmail.com.

⁴Doutora em Produtos Naturais e Sintéticos Biativos pela UFPB. Docente da FAMENE. E-mail: daniserafim@hotmail.com.

24. A ANATOMIA OCULTA DO RENASCENTISTA MICHELANGELO¹

Anderson Felix dos Santos²
Ellton José de Oliveira Marques³
Thales Henrique de Araújo Sales⁴
Brunno Leonnardo Silva de Souto⁵
Catarina Maria Andrade Figueiredo Guimarães Maia⁶

RESUMO

Michelagnolo Buonaroti (1475-1564), “Michelangelo”, universalmente conhecido por seus magníficos afrescos e esculturas, foi arquiteto, escultor, pintor e poeta. Em suas obras podemos encontrar uma série de indicações e referências a algumas “estruturas anatômicas”, que por sua vez encontram-se “ocultas” em suas pinturas e esculturas. Dessa forma, o presente estudo objetiva demonstrar as estruturas anatômicas identificadas nas obras de Michelangelo. Se caracteriza como um estudo bibliográfico realizado a partir da constituição de um *corpus* de autores da área de abordagem. Os afrescos da Capela Sistina são considerados uma das realizações monumentais de arte renascentista. O código - ou um conjunto de pistas iconográficas e pictóricas estão presentes não só no interior da cena, mas também em seus adornos, indicando alguns aspectos que devem ser observados no interior das cenas. Algumas estruturas são evidentes e facilmente identificáveis, enquanto que outras necessitam de um olhar “anatômico” mais apurado para que possam ser identificadas.

PALAVRAS-CHAVE: anatomia. História. Arte. Anatomia Artística.

INTRODUÇÃO

Em 1401 houve um período de mudanças ideológicas, que resultaram com mais profundidade no século XVI, no que conhecemos hoje por Renascimento (NAGASHIMA et al., 2009). A Renascença foi um período caracterizado por uma intensa produção artística e também pela colisão entre ideais humanistas e os dogmas da igreja. Os artistas deste período têm a ideia do ser humano valorizado, destacando o corpo e exaltando o belo (CORRÊA et al., 2008). Um número substancial de obras de arte, bem como produções científicas e os tratados médicos foram produzidos nesse período (ELLWANGER; MOHR; CAMPOS, 2012). Surge também, Michelagnolo Buonaroti (1475-1564), “Michelangelo”, universalmente lembrado por seus extraordinários afrescos e esculturas, foi arquiteto, escultor, pintor e poeta. Com 13 anos, foi contra o desejo de seu pai Ludovico, ingressou no atelier de pintura. Com sua notável habilidade destacou-se em ralação aos demais aprendizes, sendo indicado por Domenico para instruir-se na escola mantida por Lorenzo de Médice, no palácio dos Médice, lugar onde se agrupavam artistas de toda a Itália, filósofos e também médicos renomados que estimularam em Michelangelo através das sessões de dissecação, o interesse pela Anatomia (CORRÊA et al., 2008). Os estudiosos desse período acreditavam que saber as minúcias da anatomia humana poderia ajudar os artistas a reproduzir a forma humana em esculturas e pinturas (REIS et al., 2012). Entre as mais famosas obras de Buonarroti, em que é possível ver o tamanho detalhe usado na representação da figura humana, estão as esculturas “David” e “Moisés”, e os afrescos pintados no teto da Capela Sistina (SANTOS et al., 2013). Em suas obras é possível identificar uma série de indicações e referências a algumas “estruturas anatômicas”, as quais encontram-se “ocultas” em suas pinturas e esculturas (CORRÊA et al., 2008). Dessa forma, o presente estudo objetiva demonstrar as estruturas anatômicas identificadas nas obras de Michelangelo presentes na Capela Sistina.

MÉTODO

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo bibliográfico de caráter exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizado a partir da constituição de um *corpus* de autores da área de abordada. Para Gil (2006), pesquisa bibliográfica é aquela que “é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Para a composição do *corpus* de estudo foram utilizados artigos relacionados ao tema. Este estudo se constituiu das seguintes etapas: definição do problema; busca e seleção dos artigos; definição das informações a serem extraídas e a análise das mesmas; discussão e interpretação dos resultados e, por fim, a síntese do conhecimento. Todas as atividades de coleta de dados e sua análise foram, então, realizadas nos ambientes da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança. Foram acessados 26 artigos indexados em periódicos, embora somente 05 tenham sido utilizados. Para busca, utilizou-se os seguintes descritores “anatomia artística”, “anatomia”, “história”, “Michelangelo” e “arte”, além de 2 livros. A pesquisa foi realizada do 02/08/2016 ao dia 04/09/2015 nas bases de dados Scielo, LILACS e PubMed, na língua inglesa e portuguesa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os afrescos da Capela Sistina são considerados uma das realizações monumentais de arte renascentista. O código - ou um conjunto de pistas iconográficas e pictóricas - está presente não só no interior da cena, mas também em seus adornos e indicam alguns aspectos que devem ser observados no interior das cenas (REIS et al., 2012). A seguir, estão elencadas as análises de 9 obras: SEPARAÇÃO DA LUZ E DAS TREVAS: Com os braços levantados o Criador separa as trevas a sua direita, e a luz a sua esquerda. Nessa cena o tórax do Criador, somado aos braços erguidos, forma uma figura anatômica do osso hióide, em forma de “U” (ELLWANGER; MOHR; CAMPOS, 2012). CRIAÇÃO DO SOL E DA LUA: A cena do lado esquerdo, representa Deus de costas, com o dorso ligeiramente levantado, esta imagem tem uma definição clara dos glúteos, com calcanhares bem delimitados e contornos arredondados, e o final compondo os pés, e o manto originando uma formato arredondado. As formas que a figura delinea, assemelha-se a base do Encéfalo (NAGASHIMA et al., 2008); A SEPARAÇÃO DAS ÁGUAS DA TERRA: Ao inverter essa imagem em 180°, é possível visualizar um rim com vista medial em posição anatômica. Contudo, o Criador exibe um manto arredondado, em formato de funil, essa forma de ilustração revela os limites do rim, e o manto é a pelve renal. É relatada por Gilson Barreto e Marcelo G. de Oliveira como auto imagem de Michelangelo, por agravos de saúde (OLIVEIRA; BARRETO, 2006).; CRIAÇÃO DE ADÃO: Nesta cena Deus encontra-se em um manto, que equivale a um corte sagital do crânio, com vista medial do hemisfério direito. As estruturas destacadas incluem o sulco do cíngulo, artéria vertebral, a hipófise, ponte cerebral, nervo óptico, o quiasma óptico seccionado e o trato óptico (NAGASHIMA et al., 2008).; CRIAÇÃO DA EVA: Analisando, o contorno do manto de Deus, nota-se a configuração anatômica de um pulmão esquerdo. Sobre o tronco da árvore, em que Adão descansa, nota-se a figura anatômica de um segmento da árvore brônquica (ELLWANGER; MOHR; CAMPOS, 2012); PECADO ORIGINAL: Entre as imagens de Eva e da cobra, é possível observar um tronco seco com ramificações. Essa imagem representa a configuração anatômica do arco aórtico, das A. coronárias (pequenas raízes), e do tronco braquicefalico, e a direita artéria carótida comum, artéria carótida interna e externa. Na imagem central, a árvore mostra uma continuação com o galho que Adão apóia com as mãos, passando a impressão, de esse estar surgindo da parte posterior do tronco, descrição a qual, comparada com a região cervical, é a veia jugular, e a artéria carótida com bifurcação, é representada pelo nervo hipoglosso representado pelo braço da cobra que segura a mão de Eva, surgindo com a veia jugular e cruzando a artéria carótida externa (SANTOS et al, 2013).; SACRIFÍCIO DE NOÉ: Nesta imagem um homem, em pé, e com o feixe de lenhas, segurando as toras de madeira, está representando claramente a forma anatômica de cada um dos tendão do punho (BARRETO; OLIVEIRA, 2006).; DILÚVIO: À esquerda, na parte superior, uma das figuras se segura, a uma árvore sem folhas que detêm de galhos projetados à direita, com angulações agudas e com pequenas ramificações representando a forma anatômica da árvore

brônquica e suas ramificações (NAGASHIMA et al, 2009).; EMBRIAGUES DE NOÉ: Duas situações são vistas nesta cena, à direita, Noé deitado bêbado e pelado. À esquerda, Noé trabalhando a terra, demonstrando ser ele agricultor. À direita da cena, encontram-se os filhos de Noé, Cam, Sem, e Jafeth, carregando um manto, para recobrir a nudez do genitor, entretanto, esses também não tinham vestimentas, pois, a desordem é a embriagues, e não a nudez. A terceira figura apoia um manto com o braço estendido, seu braço o manto e a linha mediana da imagem do filho ao centro formam o arredor de um pulmão esquerdo, inferiormente ao seu braço direito pospõe um tecido branco sugerindo uma estrutura seccionada, representando a configuração anatômica de uma secção da parede torácica, essa estrutura é encontrada também, em “Pietà” (BARRETO; OLIVEIRA, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à discussão que rodeia o obras de arte de Michelangelo no teto da Capela Sistina, por um lado temos Barreto e Oliveira (2006), e outros autores que associaram estruturas anatômicas com afrescos de Michelangelo, por outro lado, existem autores, que ferozmente criticam a forma como estas associações são feitas. Claro que este estudo está além da ciência, agregando arte e história, uma vez que a interpretação da arte é subjetiva. Outro fato importante a considerar é que outros autores, assim como Barreto e Oliveira, também associam as obras ao estudo do corpo humano, mostrando que não é apenas imaginação de uma ou algumas pessoas sobre o assunto. Algumas estruturas são evidentes e identificadas facilmente, outras necessitam de uma percepção “anatômica” mais apurada para que seja possível identifica-las. Finalmente, independentemente da discussão sobre a representação ou não das estruturas anatômicas no pinturas de Buonarroti, é impossível questionar a beleza e património artístico; mesmo séculos mais tarde, ainda levantando questões sobre o seu trabalho. Além disso, é também inegável a perfeição das figuras humanas que são retratadas pelo pintor, mostrando seu grande conhecimento em anatomia humana.

REFERÊNCIAS

BARRETO, G.; OLIVEIRA, M.G. **A arte secreta de Michelangelo**. ed. ARX: São Paulo. 2006.

CORRÊA, A. A. et al. Michelangelo: uma contribuição à anatomia. **Rev. Eletrônica de Medicina Veterinária**, n. 11, jun., 2008. Acesso em: 04 set. 2016.

ELLWANGER, J. H.; MOHR, H. CAMPOS, D. Anatomy lessons in the Michelangelo's works? **J. Morphol. Sci.**, v. 29, n. 1, p. 38-43, jun./ mar., 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

NAGASHIMA, J. C. et al. Uma Lição de Anatomia na Capela Cistina. **Rev. Eletrônica de Medicina Veterinária**, n. 13, jul., 2009.

REIS, L. O. et al. The Interpretation Of The Figure Of The Prophet Jonah By Michelangelo On The Ceiling Of The Sistine Chapel: Anatomical Urological Vision. **Int. Braz J Urol.**, v.38, n. 3, p. 317-323, maio/jun., 2012.

SANTOS, I. P. et al. Michelangelo's art on the Sistine Chapel ceiling: sacred representation or anatomy lessons? **J. Morphol. Sci.** v. 30, n. 1, p. 43-48, set./ fev., 2013.

¹Trabalho de Pesquisa sem Extensão

²Discente do curso de graduação em enfermagem, FACENE, João Pessoa, Paraíba, E-mail:

andersonfelixsantosafs@gmail.com.

³ Discente do curso de graduação em Odontologia pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), João Pessoa, Paraíba, E-mail: brunnoleonnardosilvadesouto@gmail.com.

⁴ Fisioterapeuta. Mestre em Fisioterapia pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora adjunta da Faculdade de Medicina Nova Esperança. João Pessoa (PB), Brasil, E-mail: thalesh_enrique@hotmail.com.

⁵ Discente do curso de graduação em Odontologia pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), João Pessoa, Paraíba, E-mail: eltonmarques07@hotmail.com.

⁶ Enfermeira, Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade de Ciências Empresariales y Sociales, docente do curso de graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa, Paraíba, E-

25. VÍRUS CHIKUNGUNYA E ARTRITE VIRAL CRÔNICA: MANIFESTAÇÕES E MANEJO CLÍNICO¹

Marianna Maciel Schettini de Queiroz²

Géssik Castro Reis³

Lívia Cidrão Cavalcante³

Mariza Freire de Souza Soares³

Clélia de Alencar Xavier Mota⁴

RESUMO

Da infecção pelo vírus Chikungunya foi caracterizada a doença infecciosa homônima, transmitida essencialmente pela picada da fêmea infectada do mosquito *Aedes aegypti* e que apresenta como sintomatologia clássica: febre alta e intensas dores articulares. Chikungunya, que significa “aqueles que se dobram”, foi assim denominada em alusão ao acometimento das principais articulações e possíveis limitações funcionais, reversíveis ou não. As evoluções clínicas são diversas e trazem prejuízos à qualidade de vida dos pacientes. O objetivo do estudo é promover uma discussão sobre a febre Chikungunya, além de correlacionar a infecção pelo vírus com o surgimento de artrite crônica nos pacientes. Esta associação surge a partir da recidiva ou persistência de sintomas articulares por meses ou até anos, descritos em pacientes já infectados. Problema de saúde pública no Brasil, a Chikungunya traz incertezas quanto à outras complicações possíveis, sendo imprescindível promover ações educativas sobre estratégias de erradicação da doença, mediante prevenção de novos casos.

PALAVRAS-CHAVE: chikungunya, artrite, prevenção.

INTRODUÇÃO

A febre Chikungunya é uma doença infecciosa causada pelo vírus Chikungunya (VCHIK) e tem como hospedeiros os seres humanos. É uma arbovirose de caráter emergente, predominante em áreas urbanas e que tem como vetor principal a fêmea infectada do mosquito *Aedes aegypti* – responsável também pela transmissão da dengue e zika vírus -.

Apesar do conhecimento limitado e da necessidade de mais estudos científicos para elucidar a febre Chikungunya, esta já havia sido descrita antes, na África. Afirma-se que a doença teve origem na Tanzânia e sofreu disseminação por todos os continentes a partir de 2004, através do transporte aéreo de passageiros. Em 2013, a transmissão atingiu as Américas, mais especificamente no Caribe. E, em meados de 2014, foram registrados os primeiros casos autóctones no Brasil. (VASCONCELOS, 2014)

Há registros de febre Chikungunya na maioria dos municípios brasileiros, principalmente na região Nordeste do país, o que pode ser justificado por fatores como: clima tropical e altos índices de infestação de mosquitos da espécie *Aedes aegypti*. Tais aspectos são favoráveis à rápida disseminação tanto do mosquito quanto do VCHIK.

O mosquito adquire o vírus ao picar um indivíduo infectado durante o período de viremia, que é compreendido de um dia antes do aparecimento da febre até o quinto dia de doença. Uma vez infectado, o mosquito torna-se apto a transmitir o vírus 7 dias após a picada até o final da vida (vida média de 45 dias). Cada fêmea tem capacidade reprodutiva de 50 a 200 ovos, que são depositados preferencialmente em reservatórios com acúmulo de água e podem resistir até 1 ano em ambiente seco, dificultando a erradicação do mosquito.

É na fase adulta que o mosquito fêmea infectado inocula o vírus em um indivíduo saudável. Após a picada do mosquito, surge o período de incubação que se estende de 2 a 10 dias, até o início dos sintomas. A infecção por VCHIK é caracterizada por uma síndrome debilitante cujos

principais sintomas são: febre alta (acima de 39°C), de início repentino, e dores intensas principalmente nas articulações de pés e mãos. Em decorrência da dor e inflamação nas articulações, o paciente, em geral, sente dificuldade para realizar movimentos e locomover-se. Por esta razão, a doença foi denominada Chikungunya, que, no idioma africano makonde, significa “aqueles que se dobram”, em alusão ao encurvar proveniente das dores.

Outros sintomas também podem estar presentes, tais como: dor de cabeça, dores musculares, manchas avermelhadas na pele e prurido. E, em cerca de 30% dos casos, os indivíduos não chegam a manifestar sintomas.

O diagnóstico é eminentemente clínico e laboratorial. São três os tipos de testes capazes de detectar o Chikungunya: PCR em tempo real (RT-PCR), sorologia e isolamento viral.

Muitos pacientes também desenvolvem formas subagudas da doença, com prolongamento da sintomatologia por várias semanas, e 80% deles, a forma crônica com artrites e artropatias severas, particularmente em tornozelos, punho e articulações da mão; articulações maiores como o joelho, ombro e a coluna também podem ser afetadas. São causadoras de dor e limitações funcionais nos pacientes, às vezes por meses ou anos. (TAUIL,2014)

O objetivo do estudo é promover uma discussão relevante à disseminação de conhecimentos sobre a febre Chikungunya, além de correlacionar a infecção pelo vírus Chikungunya com o surgimento de artrite crônica nos pacientes que tiveram a doença.

MÉTODO

O estudo é pautado em uma metodologia essencialmente exploratória, tendo em vista a abordagem de um assunto que é problema de saúde pública no Brasil e sobre o qual permeiam ainda muitas incógnitas.

A pesquisa exploratória é recomendada quando há pouco conhecimento sobre o problema a ser estudado. (CERVO; BERVIAN; DA SILVA, 2007)

Diante da necessidade de elucidar e difundir as formas de manifestação da Chikungunya, associações com outras patologias (a exemplo da artrite crônica), além de estratégias de tratamento específico, surgiu o interesse em abordar a temática e promover saúde a partir da educação em saúde.

Como instrumentos para obtenção de dados pertinentes à adequada discussão sobre a febre Chikungunya, foi realizada uma revisão sistemática de literatura, incluindo artigos da base de dados Scielo e Cartilha do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A associação entre a infecção pelo vírus Chikungunya e o desenvolvimento de artrite crônica surge a partir da recidiva ou persistência de sintomas articulares por meses e até anos em pacientes que tiveram a doença.

O espectro das manifestações reumáticas pós-Chikungunya incluem persistência da dor, até artrite reumatoide, que se desenvolve em aproximadamente 5% dos pacientes. Na VCHIK as artrites virais têm início subagudo e crônico. Quando artrite e título positivo de anticorpo (no soro ou na articulação afetada), especialmente da classe IgM, contra determinado vírus são encontrados juntos em um paciente, a possibilidade do diagnóstico de artrite associada ao vírus deve ser considerado. O diagnóstico definitivo, entretanto, ainda depende da detecção de partículas virais ou produtos de genes integrados à articulação inflamada. (HONÓRIO, 2015)

Em alguns casos a artrite pode evoluir com dor articular crônica incapacitante e poliartrite, tenossinovite e síndrome de Raynaud. (PUSTIGLIONE, 2016)

Os principais fatores de risco para a cronificação são: idade acima de 45 anos, desordem articular prévia e maior intensidade das lesões articulares na fase aguda. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Apesar de atingir indivíduos de todas as faixas etárias e produzir manifestações clínicas diversas – inclusive a forma assintomática -, a febre Chikungunya pode também cursar

com limitação de movimentos a longo prazo.

O quadro articular crônico interfere na qualidade de vida do indivíduo, com impactos econômicos significativos, devido à redução da produtividade, além das implicações psicológicas na vida do indivíduo. Pelas características das dores nas articulações, os reumatologistas são os especialistas que, quanto mais cedo a sua intervenção clínica e medicamentosa, mais rapidamente essa sintomatologia será combatida, devolvendo a qualidade de vida tão necessária ao paciente.

Dentre os tratamentos mais utilizados estão a imunização passiva para infecções adquiridas por transmissão vertical. Anticorpos específicos podem ser uma intervenção medicamentosa para indivíduos com risco de desenvolvimento de doença grave. Nos casos das artralguas crônicas têm-se preconizado um aumento da ingestão de água, utilização de corticosteroides, analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides para aliviar os sintomas articulares. (VASCONCELOS, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerados os extremos de evolução clínica e as incertezas quanto à outras complicações possíveis, em se tratando de Chikungunya, é imprescindível promover ações educativas capazes de conscientizar sobre a importância de colocar em prática estratégias de erradicação da doença. Ainda que possamos usufruir de inúmeros avanços científicos na área médica, há muito o que desvendar. De forma que, prevenir, é o que pode ser feito de melhor à preservação da saúde individual e coletiva.

Somente com o fortalecimento do Programa de Controle do *Aedes aegypti*, a vigilância contínua dos casos agudos acompanhados de artralguas/artrites severas, em todos os municípios e estados brasileiros, conseguir-se-á uma diminuição dos casos no país. É necessário ter um olhar atento às manifestações clínicas e ao diagnóstico da VCHIK, aprofundar conhecimentos sobre a doença e recrutar profissionais de saúde no combate à essa doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Febre de chikungunya: manejo clínico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 28. ISBN 978-85-334-2226-1

CASTRO, Regina. **Dados do Ministério da Saúde mostram evolução do chikungunya no Brasil**. Fiocruz maio 2016. Disponível em: <http://rededengue.fiocruz.br/noticias/431-dados-do-ministerio-mostram-evolucao-do-chikungunya-no-brasil>

HONÓRIO Nildimar Alves. et al. **Chikungunya: uma arbovirose em estabelecimento e expansão no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(5):906-908, mai, 2015

TAUI, P.L. **Condições para a transmissão da febre do vírus chikungunya**. Epidemiol. Serv. Saúde vol.23 no.4 Brasília Oct./Dec. 2014

PUSTIGLIONE, Marcelo. **Medicina do Trabalho e doenças emergentes, reemergentes e negligenciadas: a conduta no caso das febres da dengue, do Chikungunya e do Zika vírus**. Rev Bras Med Trab. 2016;14(1):1-12

VASCONCELOS, Pedro Fernando. **Emergência do vírus Chikungunya: risco de introdução no Brasil**. Rev Pan-Amaz Saude v.5 n.3 Ananindeua set. 2014.

- ¹ Projeto de Extensão Buscando Saúde vinculado à Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)
- ² Discente do curso de medicina e auxiliar de pesquisa pela FAMENE, João Pessoa-PB. E-mail: marimsq@hotmail.com
- ³ Discentes do curso de medicina e auxiliares de pesquisa pela FAMENE, João Pessoa-PB
- ⁴ Docente de Parasitologia e orientadora do Projeto de Extensão Buscando Saúde da FAMENE

26. RELAÇÃO ENTRE A INFECÇÃO POR *HELICOBACTER PYLORI* E LINFOMA GÁSTRICO DO TIPO MALT¹

Gabriel Mendonça Diniz Lima²
Estephânia Fontanele Coutinho³
Juliana Navarro Ribeiro Henriques⁴
Nathalia Sobreira de Barros Fonseca³
Ana Karina Holanda Leite Maia⁵

RESUMO

Helicobacter pylori (*H. pylori*) é o microrganismo responsável pela infecção bacteriana mais frequente e persistente em todo o mundo. Pode estar relacionado ao desenvolvimento do linfoma do tipo extranodal/extraganglionar de célula B na zona marginal (MALT) que ocorre na zona marginal do tecido linfóide O propósito do trabalho é mostrar esta relação, e estabelecer a importância do diagnóstico rápido. Estudo descritivo e de revisão bibliográfica, através de pesquisa realizada por meio de uma ampla base de dados. Constatou-se que associação entre esta infecção e o linfoma é bem estabelecida, estando presente em cerca de 90% dos casos de Linfoma Gástrico (LG) de Baixo Grau. Confirmando esta premissa, comprovou-se que quando há erradicação da *H. pilory*, há uma remissão parcial ou até completada do linfoma. Portanto o diagnóstico precoce é fundamental para evitar a progressão para Linfoma, e se já estiver em curso desta doença, a comprovação diagnóstica de correlação com *H. pilory* facilita o seu tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: linfoma de zona marginal tipo células b, *helicobacter pylori*, bactérias.

INTRODUÇÃO

Helicobacter pylori (*H. pylori*) é o microrganismo responsável pela infecção bacteriana mais frequente e persistente em todo o mundo. Essa infecção afeta quase a metade da população, apresentando menor incidência nos países mais desenvolvidos. (GARZA, 2014). Pode estar relacionado ao desenvolvimento do linfoma do tipo extranodal/extraganglionar de célula B na zona marginal (MALT) que ocorre na zona marginal do tecido linfóide, sendo decorrente de uma resposta inflamatória que promove alterações genéticas e consequente formação de células B neoplásicas. O propósito do trabalho é mostrar a relação entre a infecção por *Helicobacter Pylori* e o Linfoma MALT, e estabelecer a importância do diagnóstico rápido por meio da realização do exame histopatológico, cultura, reação da cadeia de polimerase e teste da urease, para evita o surgimento dessas ou outras alterações gastrointestinais. (IWAYA, 2013)

MÉTODO

Estudo descritivo e de revisão bibliográfica, através de pesquisa realizada por meio de uma ampla base de dados acessada pelo Portal Global da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e realização da pesquisa dos descritores através Descritores em Ciência da Saúde (BIREME).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A *H. Pylori* é uma bactéria gram-negativa flagelada, que possui como característica importante altos níveis de urease. Essa enzima hidrolisa a uréia que encontramos no suco gástrico, formando bicarbonato e amônia iônica. É transmitida principalmente pelas vias oral-oral e fecal-oral. (GUIMARÃES; CORVELO; BARILE, 2008) O diagnóstico desta bactéria consiste principalmente na biópsia de tecido gástrico colhido numa Endoscopia Digestiva Alta, podendo

assim fazer o teste rápido da Urease que detecta em poucos minutos a presença ou não da *H. pylori*. Este material ainda pode ser levado para cultura, imunohistoquímica e ainda diagnóstico histológico (padrão-ouro) que diagnosticarão a presença da bactéria. (BARBOSA; SCHINONNI, 2011). Quando há primeiro contato com a bactéria, o indivíduo pode apresentar sintomas de gastrite aguda como náuseas, vômitos e empachamento, devido ao aumento de secreção ácida e hipocloridria. Se recorrente, pode desenvolver uma gastrite crônica ativa, havendo infiltração na mucosa gástrica e podendo ter como consequência novos acometimentos como atrofia gástrica, gastrite atrófica, úlceras péptidas, etc. A atrofia gástrica é considerada fator de risco muito importante para adenocarcinoma de estômago, sendo uma das preocupações quando há prolongamento da doença. Além disso, também há o risco de desenvolvimento de linfomas gástricos, pelo aumento de infiltrado linfóide e consequente desenvolvimento após período prolongado de doença. (GUIMARÃES; CORVELO; BARILE, 2008).

Mesmo o estômago não apresentando tecido linfóide em condições normais, é o mais acometido pelo linfoma de MALT. A associação entre esta infecção e o linfoma é bem estabelecida, estando presente em cerca de 90% dos casos de Linfoma Gástrico (LG) de Baixo Grau. (THOME; FETT-CONTE; CORDEIRO, 2005). Levantou-se, portanto, a hipótese de que a *H. pylori* realiza um estímulo antigênico que mantém o crescimento do LG. Além disso, ainda pode-se confirmar essa hipótese pelo uso de antibioticoterapia com associação de Amoxicilina e Claritromicina e um inibidor de bomba de Prótons (IBP) para tratar a bactéria, e ter o mesmo prognóstico do Linfoma aos outros tratamentos como radioterapia, quimioterapia e cirurgia. Havendo a erradicação da *H. pylori*, há uma remissão parcial ou até completada do linfoma MALT. (BARBOSA; SCHINONNI, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido a esta premissa, o diagnóstico precoce de infecção por *H. pylori* após a sintomatologia inicial e o tratamento da doença evita a progressão para Linfoma de MALT e consequentemente maior gravidade. Se já houver progredido, a detecção da bactéria facilita o tratamento e evita o transtorno de um tratamento muito mais agressivo, e mais facilmente solucionado com Antibioticoterapia e IBP (colocar por extenso).

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Joel Antonio; SCHINONNI, Maria Isabel. *Helicobacter pylori*: Associação com o câncer gástrico e novas descobertas sobre os fatores de virulência. **Rev. ci. méd. biol.**, Salvador, v.10, n.3, p.254-262, Set/ Dez. 2011.
- GARZA, Elvira et al. **A review of *Helicobacter pylori* diagnosis, treatment, and methods to detect eradication.** World J Gastroenterol. Vol.20, n.6,p. 1438-1449, Feb 2014.
- GUIMARAES, Jocilene; CORVELO, Tereza Cristina; BARILE, Katarine Antonia. *Helicobacter pylori*: fatores relacionados à sua patogênese. **Rev. Para. Med.**, Belém, v. 22, n.1, p. 33- 38, mar.2008.
- IWAYA, Yugo et al. **High levels of FOXP3+ regulatory T cells in gastric MALT lymphoma predict responsiveness to *Helicobacter pylori* eradication.** *Helicobacter*. Japan: p. 356-362, 2013.
- THOME, Jorge Alberto; FETT-CONTE, Agnes Cristina; CORDEIRO, José Antonio. Avaliação morfológica e imuno-histoquímica de linfomas gástricos primários. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 41, n.2, p.117-124, Apr.2005.
- YAMASHITA, Thamy et al. ***Helicobacter pylori* e linfoma gástrico de células B da zona**

marginal do tipo MALT. Rev. Ciênc. Méd. Campinas: Vol.15, n.5, p. 449-454, set/out 2006.

¹ Projeto de extensão III Educação e Saúde: Prevenção das doenças infecciosas bacterianas e ectoparasitoses.

² Discente do 7º período de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa – PB, gabriel_md1@hotmail.com.

³ Discente do 7º período de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa – PB

⁴ Discente do 8º período de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa – PB

⁵ Orientadora do projeto de extensão III Educação e Saúde: Prevenção das doenças infecciosas bacterianas e ectoparasitoses, FAMENE, João Pessoa – PB.

27. TROMBOSE DA VEIA PORTA: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Victor Souza Torres de Vasconcelos¹

Albero Ferreira de Moraes França²

Danielle Suassuna Alencar²

Juliana de Melo Figueiredo²

Tânia Regina Ferreira Cavalcanti³

RESUMO

A trombose da veia porta (TVPo) tem como característica uma obstrução portal causada por um coágulo sanguíneo podendo ocorrer em qualquer sítio do seu trajeto no sistema porta. O objetivo deste trabalho foi reunir informações sobre a trombose da veia porta, com intuito de ter uma abordagem abrangente sobre as principais manifestações clínicas dessa patologia. Foi realizado um estudo descritivo, obtido através de banco de dados (SCIELO e BIREME) e referências bibliográficas, pelos alunos do terceiro e quinto período do curso de medicina da FAMENE. Foi constatada a importância de um tratamento rápido e eficiente para a TVPo e todas suas relações clínicas tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento. Porém, muito ainda deve ser feito em relação à pesquisa e tratamentos para que se possa aumentar a eficiência das etapas terapêuticas na clínica da doença, evitando ao máximo intervenções cirúrgicas desnecessárias e desenvolvendo métodos minimamente invasivos, diminuindo os riscos para o paciente.

PALAVRAS-CHAVE: trombose, anemia, leucopenia.

INTRODUÇÃO

A trombose de veia porta (TVPo) se caracteriza por uma obstrução venosa portal causada por um coágulo sanguíneo. As etiologias da formação do coágulo podem ser divididas em quatro grupos: lesão direta na veia porta, malformação congênita do sistema vascular com acometimento do sistema porta, fatores indiretos que influenciem na formação do trombo de veia porta e causas idiopáticas.

A obstrução da veia porta pode ocorrer em qualquer sítio do seu trajeto no sistema porta. Os mecanismos mais envolvidos na obstrução são a trombose da veia porta, invasão de tumor extrínseco e compressão por tumor maligno extra-hepático. Nos pacientes adultos, a trombose da veia porta é, em geral, secundária a alguma doença sistêmica. Em crianças, a obstrução porta resulta da trombose e, com frequência, evolui para a hipertensão portal de graus variados.

Consequências clínicas são geradas com relação aos mecanismos compensatórios no momento de interrupção do fluxo do sistema porta, dentre elas, a vasodilatação reflexa da artéria hepática, visando compensar o fluxo portal diminuído e a formação de vasos colaterais que envolvem e ultrapassam a região de localização do trombo.

Dentre as manifestações clínicas relacionadas à interrupção do fluxo portal, se destacam a hemorragia digestiva alta, relacionada às varizes esofagianas, geradas pelo mecanismo compensatório, a letargia, os sinais de hipotensão ortostática e a dor abdominal relacionada à ascite e a hepatoesplenomegalia podem ser os primeiros sinais da obstrução. Mais tardiamente, biliopatia portal, o hiperesplenismo e sequestro de células imunológicas pelo baço podem se manifestar.

Tem-se como objetivo reunir informações na literatura atual sobre a trombose da veia porta, com intuito de ter uma abordagem abrangente sobre as principais manifestações clínicas dessa patologia.

MÉTODO

Foi realizado uma revisão de literatura, obtido através de banco de dados (SCIELO e BIREME) e referências bibliográficas, pelos alunos do terceiro e quinto período do curso de medicina da FAMENE. Inicialmente, a busca foi realizada levando em conta os títulos e os resumos dos artigos para seleção ampla de prováveis trabalhos de interesse.

Nas bases de dados usadas, foram utilizados como critérios de inclusão os textos que abordavam a trombose da veia porta, textos nacionais, textos completos e textos publicados a partir de 2006. Assim, foram encontrados 9 artigos referentes ao tema escolhido, dos quais 6 artigos foram selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A trombose de veia porta pode se apresentar em qualquer idade, desde a infância até a vida adulta. A manifestação clínica pode variar desde ausência de sintomas até hematemese de grande volume. Há duas categorias de apresentação: aguda e crônica, sendo diferenciadas pelas características clínicas do paciente e os achados radiológicos.

O quadro agudo tem como sintomas a dor abdominal aguda, náuseas, febre e hematoquezia, geralmente devido à ocorrência de trombose mesentérica e isquemia intestinal. Ao exame físico o paciente pode apresentar distensão abdominal e irritação peritoneal caso exista infarto intestinal com perfuração. Alguns pacientes podem também apresentar ascite, que geralmente é transitória.

As manifestações iniciais mais comuns do quadro crônico são a hemorragia digestiva alta ou a presença de esplenomegalia em exame clínico de rotina. Melena isolada também pode ocorrer, mas é menos frequente. Outros sinais incluem dor abdominal, fadiga, anorexia, perda de peso e complicações relacionadas ao hiperesplenismo (anemia, plaquetopenia e leucopenia). Ascite é rara quando não há doença hepática subjacente, ocorrendo com maior frequência em pacientes com longa evolução da doença ou após episódios de hemorragia digestiva alta (HDA).

Ao exame físico pode-se notar esplenomegalia e palidez cutâneo-mucosa. Hepatomegalia não é comum caso não exista hepatopatia associada. Síndrome hepatopulmonar e encefalopatia hepática podem raramente ocorrer.

Os exames laboratoriais mostram aminotransferases, dosagem de albumina e coagulograma normais, exceto nos pacientes com cirrose associada. Esses exames também podem estar alterados nos pacientes com TVPo de longa evolução, mesmo sem cirrose. A albumina pode estar diminuída e associada à ascite, por curto período, após os episódios de HDA. É frequente o encontro de plaquetopenia e leucopenia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dessa pesquisa bibliográfica foi constatada a importância de um tratamento rápido e eficiente para a TVPo e todas suas relações clínicas tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento. Como uma das características desta patologia, está a forma que ela pode se apresentar, variando da aguda para a crônica e apesar de atingir todas as faixas etárias, na fase adulta é frequentemente relacionada como consequência de outras condições do paciente, diferentemente da infantil, que surge ao acaso e acarreta em complicações distintas. Além disso, pôde-se comprovar também que os principais sintomas são gerados por uma reação compensatória do organismo, como a hepatoesplenomegalia e vasodilatação da artéria hepática.

Apesar disto, muito ainda deve ser feito em relação a pesquisa e tratamentos para que se possa aumentar a eficiência das etapas terapêuticas na clínica da doença, evitando ao máximo intervenções cirúrgicas desnecessárias e desenvolvendo métodos minimamente invasivos, findando numa diminuição dos riscos para o paciente.

REFERÊNCIAS

CARDOSO, L. *et al.* **Manejo e conduta das doenças vasculares do sistema porta.** *Jornal Vascular Brasileiro.* São Paulo, v. 14, n. 1, p. 88-93, 2015.

28. SÍNDROME DA HIPERSENSIBILIDADE À DAPSONA E SUA SIMILARIDADE COM ASÍNDROME DE MONONUCLEOSE SÍMILE

Ana Karina Holanda Leite Maia¹
Clélia de Alencar Xavier Mota²
Andreza Dantas Andrade Cunha³
Elizabeth de Alvarenga Borges da Fonsêca³
José Haílo Marinho Filho³
Rebeca Isabel Rodrigues Abrantes Nassim Chattah³

RESUMO

A Síndrome da Mononucleose Simile é uma doença aguda provocada na maioria das vezes pelo vírus Epstein Barr (VEB) e/ou pelo Citomegalovírus (CMV), ambos pertencentes a família Herpesviridae. A sua evolução depende do sistema imunitário do indivíduo e da presença de comorbidades existentes. O diagnóstico é feito com base em achados laboratoriais assim como sinais e sintomas apresentados, tais como: febre, linfadenopatia periférica cervical, odinofagia e rash cutâneo em pacientes que fazem uso da amoxicilina-ácido clavulônico. O trabalho consiste em uma revisão de literatura de 8 artigos pesquisados no site Scielo e Google Acadêmico. Estudos feitos comprovaram que algumas pessoas ao fazerem uso do antibacteriano dapsona apresentavam uma reação de hipersensibilidade(SHD) com queixas semelhantes aquelas apresentadas pela mononucleose-simile, além de leucocitose, eosinofilia e linfocitose atípica. Diante disso para o tratamento desse tipo de reação, pesquisadores constataram que a retirada da droga e terapia com elevadas doses de corticóides eram necessárias. Com isso, essa revisão mostra a relação entre SHD e Síndrome da Mononucleose Simile.

PALAVRAS-CHAVE: mononucleose, dapsona, rash cutâneo

INTRODUÇÃO

A Síndrome de mononucleose-simile é uma doença aguda descritas hoje em extenso número de causas como aquelas provocadas por vírus (adenovírus, citomegalovírus, hepatites, infecção pelo herpes vírus 6, vírus herpes simples, rubéola), riquetsias, bactérias (*Listeria monocytogenes*, estreptococo, bacilo diftérico), protozoários (*Toxoplasma gondii*), fungos e reações de hipersensibilidade a drogas. (OLIVEIRA et al,2012). Etiologicamente na sua maioria é causada pelo vírus Epstein- Barr (VEB) e/ou pelo Citomegalovírus (CMV), ambos membros da família Herpesviridae e fisiopatologicamente semelhantes, infectando mais de 90% da população mundial adulta. Essa elevada taxa de colonização no hospedeiro mostra a eficiente propagação interpessoal, que ocorre através do contato com secreções orofaríngeas contendo o vírus. (CARVALHO, 1999).

A evolução da infecção parece depender da susceptibilidade genética do indivíduo, assim como do estado imunitário, humoral e celular, no momento da infecção primária e das comorbidades que o mesmo possui. Assim, a coexistência de outros vírus hepatotróficos, (da Hepatite por exemplo) ou a utilização de um fármaco hipersensível poderá modificar a forma de apresentação da doença, sua evolução e prognóstico, tornando-se de extrema importância a avaliação das comorbidades, antecedentes pessoais e comportamentos de risco destes doentes. (FAUSTINO e GOMES, 2013).

Dentro da multiplicidade de manifestações clínicas da síndrome da mononucleose-simile, a febre constituiu o achado mais comum, seguindo-se a odinofagia e linfadenopatia periférica cervical. O rash cutâneo evidencia-se principalmente depois do uso de amoxicilina/ácido clavulânico em pacientes com queixa de faringite e nas reações de hipersensibilidade a drogas. Laboratorialmente, verifica-se leucocitose associada a linfocitose absoluta, presença de linfócitos

atípicos no sangue periférico e elevação da enzimologia hepática e dos parâmetros inflamatórios. (FAUSTINO e GOMES, 2013)

O diagnóstico da doença é feito com base nos sinais e sintomas manifestados, associados aos achados laboratoriais, bem como, anticorpos heterófilos e anticorpos específicos contra os antígenos virais.

Essa Síndrome constitui uma doença, na sua generalidade, benigna e autolimitada, com evolução favorável em indivíduos previamente saudáveis e na maioria daqueles com comorbidades associadas. O tratamento segue a fim de reduzir os sintomas apresentados quando causados pelo VEB e CMV. Quando associado a outra etiologia faz-se uso da melhor droga para determinado agente causador ou no caso de hipersensibilidade a retirada da droga e terapia à base de corticóides está indicada. (OLIVEIRA et al,2012).

MÉTODO

O trabalho consiste em uma revisão de literatura de 8 periódicos no período de 1996 a 2013 pesquisados nas bases de dados do Scielo e Google Acadêmico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dapsona, cujo princípio ativo é o diaminodifenilsulfona, é da classe das sulfonamidas, além de ser um antibacteriano e antilepromatoso que age impedindo o crescimento e desenvolvimento bacteriano, sendo utilizado no tratamento de doenças cutâneas, como a hanseníase. (MARQUES, et al. 2012) Tem como efeitos colaterais a anemia e outras alterações sanguíneas; cor amarela na pele ou nos olhos, dermatite alérgica, dor abdominal, dor de cabeça, febre, hepatite, mal estar severo, falta de apetite. No entanto o que tem chamado atenção é a manifestação da Síndrome da Hipersensibilidade à Dapsona (SHD) e seu enquadramento na Síndrome de mononucleose-simile. (LETA, G.C., et. al. 2003).

Com sintomas típicos da mononucleose-simile (febre, mal-estar, erupção cutânea generalizada, linfadenopatia) os pacientes que manifestam HD também apresentam leucocitose, eosinofilia periférica e linfocitose atípica. O mecanismo fisiopatogênico da HD é controverso, sendo discutidas três hipóteses: resposta imune e humoral com produção de anticorpos IgG anti-DDS, reação tipo hipersensibilidade tardia e citotóxica com produção de citocinas por diferentes populações de linfócitos e uma via de metabolização hepática relacionada à acetilação e hidroxilação do DDS produzindo metabólitos tóxicos. (LETA, G.C., et. al. 2003; MARQUES, et al. 2012).

A SHD Trata-se de uma morbidade idiossincrática, dose-independente, multi- visceral, tem maior frequência entre a quarta e sexta semana do início do uso da droga, mas pode acontecer mesmo após exposição prolongada à droga - há relatos da síndrome após mais de 6 meses de uso da droga. Como apresenta os mesmos sintomas da mononucleose, a SHD pode ser confundida com uma infecção por VEB ou CMV. (NETO et al, 1016; OLIVEIRA et al,2012).

O tratamento consiste na retirada da droga e as erupções exantemáticas desaparecem com duas semanas. Embora não haja estudos controlados, há relatos de uso de corticosteróides em doses altas, com bons resultados no tratamento de casos graves desta síndrome. Como a dapsona pode ser encontrada por até 35 dias e anticorpos relacionados à droga possivelmente estejam envolvidos em sua patogênese, tempo prolongado de corticoterapia pode ser necessário. O curso da doença é variável, podendo ter mais de quatro semanas de evolução. (NETO et al, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a manifestação da SHD pode se enquadrar na Síndrome da mononucleose-simile e como os sinais e sintomas (quando considerada até mesmo quando apresenta apenas aeritrodermia) podem ocorrer tardiamente o diagnóstico diferencial com os outros agentes

etiológicos deveria ser levado em consideração.

Além disso, é importante destacar que a maioria dos artigos ressalta a pouca qualidade dos dados coletados, o que reforça a necessidade de relatos mais precisos em futuras publicações.

REFERÊNCIAS

BUCARETCHI, Fábio et al. Dapsone hypersensitivity syndrome in an adolescent during treatment durinho fleprosy. Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo, São Paulo, v.46, n.6, p.331-334, Dec.2004.

CARVALHO, Luiza Helena Falleiros R; Mononucleose infecciosa, J Pediatr (Rio J) 1999;75(Supl 1):s115-s25

Faustino, Helena Isabel Gomes; Síndrome de mononucleose no Centro Hospitalar Cova da Beira; FCS - DCM | Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado.2013.

LETA, G.C., et. al. Síndrome de hipersensibilidade à dapsona: revisão sistemática dos critérios diagnósticos Hansen. Int., 28(1): 79-84, 2003

MARQUES, Gabriela Franco et al. Síndrome da sulfona: uma grave reacção de hipersensibilidade. Hansenol. int. (Online), Bauru, v. 37, n. 2, dez.2012.

NETO et al, Dapsona no tratamento do lúpus eritematoso sistêmico com manifestações cutâneas, relato de dois casos e uma breve revisão de literatura. Unitermos: lúpus eritematosos sistêmicos. Numeração de páginas na revista impressa: 72 à 81. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3410>.

TSUTSUI K, IMAI T, HATTA N, SAKAI H, TAKATA M, TAKEHARA K. Widespread pruritic plaques in a patient with subcutaneous lúpus erythematosus and hypocomplementemia: response to dapsonetherapy. J Am Acad Dermatol. 1996; 35:313-5.

OLIVEIRA et al, O vírus Epstein-Barr e a mononucleose infecciosa. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2012 nov-dez;10(6):535-43.

29. CLASSIFICAÇÃO DA DOR: UM COMPÊNDIO SOBRE OS SEUS TIPOS

Vladimir Lenin de Sousa Almeida e Araújo¹

Brenda Vieira Moreira Monteiro¹

Bruno Henrique Arruda de Paula¹

Riceli da Silva Morais¹

Sérgio Augusto Silva Paredes Moreira²

RESUMO

Considerada como a sinalização orgânica de um processo patológico ou danoso, a dor pode ser classificada de acordo com a sua fisiopatologia, etiologia e região afetada, conceituada como uma experiência tanto sensorial quanto emocional associada a uma potencial lesão tecidual ou não. Tal experiência é rotina nas queixas clínicas, já que ela pode ser manifestação de um processo patológico iminente ou já estabelecido, seja ele de origem bem determinada ou não. A importância no estudo da classificação da dor em relação à sua tipologia repousa na necessidade de distinção dos aspectos regionais, temporais e de seus mecanismos, de modo a ser esclarecedor para sua taxativa determinação e a consequente busca da terapêutica devida.

PALAVRAS-CHAVE: dor, dor neuropática, dor nociceptiva.

INTRODUÇÃO

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor “é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos deste dano.” Dando à dor, dessa forma, um viés que busca, além da relação meramente sensorial, entender seus fatores subjetivos, como as relações psicológicas e emocionais. Classifica-se, preliminarmente, em relação à sua fisiopatologia, se neuropática ou nociceptiva, em relação à sua etiologia, se pós-cirúrgica ou oncológica, em relação à região afetada, se cefaleia ou lombalgia, por exemplo. Ademais, preocupa-se definir basicamente duas correntes: quanto à frequência e especificação da dor, como aguda ou crônica. A primeira como uma reação nociva decorrente de lesão, patologia ou anormalidade tecido-visceral, sendo em sua grande maioria nociceptiva. Já a segunda permanece além do curso de uma doença aguda, duração variável entre 1-9 meses para sua determinação, podendo ser nociceptiva, neuropática ou ambos os casos.

Contudo, a dor é considerada pela Sociedade Americana da Dor e pela Agência Americana de Pesquisa e Qualidade de Saúde, desde 1996, como o quinto sinal vital a ser avaliado durante a adesão à terapêutica e na evolução clínica do paciente, levando em consideração que tal sinal é tão subjetivo quanto os de pressão arterial, temperatura, pulso e respiração. Diferentemente dos outros, para a dor não existe um instrumento físico específico capaz de mensurá-la, portanto, é fundamental que se haja uma medida mínima sobre a qual tomará como base a terapêutica adequada. Pode-se também, quantificar a dor, sendo ela unidimensional ou multidimensional, a primeira que avalia a sua intensidade em escalas, e a segunda leva em consideração fatores psicogênicos (emocional e afetivo).

A devida determinação do mecanismo morfofisiológico, e da classificação adequada em tipos de dor viabiliza a melhor compreensão para o profissional e estudante que irá atuar neste setor, dirimindo condutas da prática curativista que promovem a agudização de condições dolorosas crônicas, que generalizam a dor e a tratam com um espectro amplo e paliativo, sem atentar às suas particularidades, já que não pode ser objetivamente mensurada devido a sua subjetividade, além do seu devido reconhecimento enquanto sinal vital por parte da comunidade acadêmica de modo a conscientizar e encorajar os formadores de profissionais da saúde acerca da sua importância.

MÉTODO

Por tratar-se de uma revisão literária, constituiu-se de pesquisa em diversos artigos atuais constantes das plataformas e revistas virtuais como Scielo e Bireme, monografias e livros relacionados à temática, a fim de sintetizar diversos conceitos para o melhor entendimento dos processos dolorosos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Preliminarmente, deve-se considerar a distinção de dois conceitos classificadores quanto à sua fisiopatologia: a dor nociceptiva define-se como a sensibilização de receptores periféricos especializados que têm a capacidade de interpretar o estímulo doloroso, seja ele mecânico, térmico ou químico, os nociceptores, que fazem parte da estrutura das terminações nervosas livres das fibras aferentes dos neurônios de primeira ordem. A partir da sensibilização ocorre um evento chamado transdução em que a energia advinda de estímulos nocivos é convertida em impulso nervoso passa dorsalmente pela medula e chega até estruturas corticais importantes para os aspectos emocionais e cognitivos da dor. E, também, a dor neuropática, que resulta de anormalidades nas estruturas neurais periféricas ou centrais, que pode ou não ser bem determinada. Após a lesão de uma fibra nervosa, de origem evidente – compressão por tumor, trauma, entre outras - ou desconhecida, há o aparecimento de novos canais de sódio (Na⁺) próximos as áreas de recuperação tecidual, tornando a fibra altamente sensível, com capacidade de despolarização diante de pequenos estímulos ou até mesmo espontaneamente. Ademais, a dor neuropática detém alto índice de cronificação, perdurando a geração do estímulo mesmo após a total recuperação da estrutura lesionada.

Em relação à sua duração, ela pode ser aguda que é causada por estímulos nocivos decorrentes de uma lesão, um processo patológico ou da função anormal de músculos ou vísceras e quase sempre é nociceptiva. Entre as suas formas mais comuns estão as dores pós-traumáticas, pós-operatórias e obstétricas, infarto do miocárdio, pancreatite e cálculos renais. A maioria das formas de dor aguda é bem localizada, autolimitada ou resolvida com o tratamento em alguns dias ou semanas. Caso a dor não seja resolvida em decorrência de uma cicatrização anormal ou terapêutica inadequada, poderá tornar-se crônica. Classifica-se, ainda, como somática e visceral, a primeira, por sua vez, define-se como superficial que é causada pelas informações nociceptivas as quais partem da pele, tecido subcutâneo, membranas e mucosas, caracteriza-se, em sua clínica, por sensações de pontada, agulhada, latejante ou de queimação, a profunda surge em músculos, tendões, articulações ou ossos, é caracterizada geralmente por uma sensação de peso. Já a visceral, se dá de em um órgão interno ou em seu revestimento. Existem quatro subtipos: dor visceral verdadeira localizada, dor parietal localizada, dor visceral referida e dor parietal referida. A dor visceral verdadeira é entorpecida, difusa e na linha média. Está associada a alterações na atividade simpática e parassimpáticas, causando náuseas, vômitos, sudorese, alterações na pressão arterial e na frequência cardíaca. A dor parietal localizada em pontada e quase sempre é descrita como sensação de facada, localizada ao redor do órgão ou referida para um local adverso. A dor visceral referida e parietal referida têm geralmente, as mesmas características clínicas porém o que difere é que os estímulos são gerados em um local e a experiência é sentida em área adversa (MURRAY, MIKAHIL e MORGAN, 2010). Podendo a dor, também, ser crônica, quando ela persiste além do curso usual da lesão aguda, ou que seja persistente em um período de 1 e 6 meses, por convenção, podendo combinar as características tanto neuropáticas quanto nociceptivas, ou apenas uma delas. Conforme afirmado, quando há uma lesão ocorre a sensibilização temporária até a cura. Não havendo regressão à esse estado de hipersensibilização central ou periférica, transmitirá constantemente impulsos algícos. Pacientes com condições dolorosas crônicas podem ter baixa resposta neuroendócrina, distúrbios do sono e de humor. Subdivide-se em simpática ou simpaticamente mantida, que é uma dor que se inicia a partir de uma lesão de tecidos moles decorrentes de trauma, pós-operatório ou evento vascular que por não haverem nociceptores específicos na região é considerada uma espécie neuropática, e está associada à Síndrome Dolorosa Complexa Regional, e a dor de desaferentação ou dor fantasma quando está atrelada a perda de estímulo sensitivo, descrita como uma dor intermitente, penetrante e pulsante, geralmente está associada a amputação de membros.

A dor oncológica, diferentemente da maioria dos tipos é tida como de natureza mista podendo ser somática, visceral e neuropática. É fundamental que seja identificada sua origem para se estabelecer a terapêutica de alívio. A dor inflamatória, que resulta de processos inflamatórios crônicos ou agudos, com a liberação de substâncias mediadoras inflamatórias na região, como exemplo a artrite reumatoide.

Finalmente, quando se observa um processamento anormal do mecanismo da dor, como uma resposta sensorial amplificada, sem defeitos neuronais específicos que possa explicá-la, estamos diante da dor funcional, como a fibromialgia, por exemplo. (CECIN e XIMENES, 2015)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor em seu sentido amplo é uma ferramenta fundamental para a determinação de diversos tipos patológicos, funcionando como gênese ou consequência deles, e é a devida identificação, mensuração e classificação de tal experiência que a torna um sinal vital eficiente. O reconhecimento enquanto característica determinante para diagnósticos e encorajamento dos profissionais e pesquisadores da saúde para tal entendimento tem dependência direta com a eficácia de tal sinal, que classificado corretamente, segundo conceitos apresentados e sintetizados neste trabalho - capazes de aglutinar sua tipologia majoritária na literatura - torna-se uma fonte segura para um resultado diagnóstico efetivo e um maior direcionamento com a adoção da terapêutica adequada.

REFERÊNCIAS

BADESSA, Guinther Giroldo; BEHAR, Nino; FALCÃO, Luiz Fernando dos Reis. **Anestesia: abordagem prática**. São Paulo: Roca, 2014.

CECIN, Hamid Alexandre; XIMENES, Antônio Carlos. **Tratado Brasileiro de Reumatologia**. São Paulo: Atheneu, 2015.

IASP – International Association for the Study of Pain. **Managing Acute Pain in the Developing World**, Clinical updates, vol XIX, 2011.

MIKAHIL, Maged S; MORGAN, G. Edward, MURRAY, Michael J. **Anestesiologia clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

ROWLAND, Lewis P.; PEDLEY, Timothy A. **Tratado de Neurologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. **Dor: o quinto sinal vital**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2002, vol. 10, n 3, pp. 446-447. ISSN 1518-8345.

¹ Estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE, João Pessoa, Paraíba), vlenin13@gmail.com.

² Professor do curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).

30. RELATO DE EXPERIÊNCIA: RODA DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA PARA PREVENÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE ADOLESCENTES¹

Marina Brandão Ramalho de Brito²

Natália de Souza Silva³

Rebeka Ingrid do Nascimento Alves⁴

Wellyson Souza do Nascimento⁵

Vilma Felipe Costa de Melo⁶

Vagna Cristina Leite da Silva Pereira⁶

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência realizado no colégio estadual Lyceu Paraibano que tem como objetivo: Apresentar a experiência de Graduandos de Enfermagem e Medicina com a Terapia Comunitária Integrativa no ambiente escolar para prevenção do sofrimento psíquico de adolescentes. O relato se baseia na descrição das vivências transcorridas no período de abril a agosto de 2016. A pesquisa teve como alicerce a efetivação do cronograma do projeto de extensão Rodas de Terapia Comunitária Integrativa e resgate da auto estima uma alternativa de cuidado para saúde mental, vinculado a Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança. Com a prática das rodas de terapia com os adolescentes, percebeu-se a importância na promoção do alívio ao sofrimento causado por conflitos emocionais e familiares através da partilha entre seus participantes, ocorrendo assim o fortalecendo vínculos interpessoais, resgatando a autoestima dos seus participantes e instituindo redes de apoio no ambiente escolar.

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental. Adolescentes. Terapia.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase que pode ser bastante conturbada, visto que ela pode ser um fator de exposição a várias situações de risco com efeitos significativos. Para Jinez (2009), trata-se de uma fase de descobertas e da vivência de muitos conflitos pessoais, que proporciona uma maior vulnerabilidade a situações externas, tais como o consumo de drogas, delinquência e condutas sexuais de risco. Devido à problemática em questão, é necessário que haja uma reformulação das atividades de promoção da saúde voltadas para esse segmento da população, a fim de promover uma maior compreensão de seu universo para, então, proporcionar o auxílio adequado.

Nos dias atuais, uma estratégia essencial utilizada com os adolescentes é a Roda de Terapia Comunitária Integrativa (TCI), pois é um espaço de acolhimento e respeito, onde todos são tratados de maneira igualitária a fim de que se sintam seguros para compartilhar suas vivências. A TCI consiste em um espaço de promoção de encontros interpessoais e intercomunitários, que busca a partilha de experiências de vida de forma circular, partindo do princípio da horizontalidade, ou seja, onde não existe hegemonia entre os participantes (JATAI, 2012).

A Terapia Comunitária é um espaço de partilha e solidariedade, onde os participantes podem falar de seus problemas, dificuldades e realizações. Essa ferramenta de cuidado visa o acolhimento e a escuta, possibilitando assim a troca de experiências e valorização das histórias dos participantes, permitindo que eles percebam suas competências, superações e transformações (BARRETO, 2008). É uma estratégia terapêutica realizada em grupo, a qual promove o equilíbrio mental, psíquico, biológico, físico e espiritual dos seus participantes, promovendo à saúde desvinculando-a do modelo hospitalocêntrico e medicalizado, onde se busca uma aproximação entre o saber popular e o saber científico (BUZELI, 2012).

A TCI acontece de forma ritualizada seguindo cinco etapas: acolhimento; escolha do tema; contextualização; problematização; rituais de agregação e conotação positiva (Barreto, 2008).

Compreendendo que a TCI como um espaço que promove a resiliência dos seus participantes e que através da partilha de experiência de vida as pessoas reforçam sua autoestima, foram desenvolvidas atividades com um grupo de adolescentes escolares propondo uma aproximação entre seus participantes para fortalecimento dos vínculos interpessoais com a proposta de melhor sensibilizar o adolescente para compreensão da sua problemática e encontrando na dificuldade do outro, estratégias de enfrentamento e amparo para lidar com as adversidades do cotidiano e dessa forma prevenir o sofrimento mental.

Portanto, o objetivo do presente relato de experiência é apresentar a experiência de Graduandos de Enfermagem e Medicina com a Terapia Comunitária Integrativa no ambiente escolar para prevenção do sofrimento psíquico de adolescentes.

MÉTODO

As atividades foram realizadas na Escola Estadual de Ensino Médio Lyceu Paraibano, situado no município de João Pessoa/PB. As práticas foram realizadas no período de abril a agosto de 2016, no turno da tarde, dois dias por semana, com duração aproximada de 3 horas. A pesquisa contou com a participação de 80 alunos do ensino médio, os quais foram subdivididos em grupos A e B, totalizando 24 rodas de TCI. A faixa etária dos participantes foi de 14 a 18 anos. A prática foi coordenada por uma terapeuta comunitária e quatro co-terapeutas acadêmicos em Enfermagem e Medicina, todos membros do Projeto de Extensão intitulado: *Rodas de Terapia Comunitária Integrativa e o resgate da auto estima uma alternativa de cuidado para saúde mental* vinculado às Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança.

AS ETAPAS DA EXPERIÊNCIA

As atividades foram iniciadas a partir de abril até agosto 2016 após autorização da direção da escola. Foram identificados os adolescentes participantes das atividades de intervenção, sendo disponibilizado um espaço no qual aconteciam encontros semanais em dois dias na semana entre 13h30min às 17h00min programado de acordo com demandas e calendário escolar. Estiveram envolvidos no projeto uma média de 80 alunos e estes foram distribuídos por faixa etária em dois grupos A e B. Após reuniões e estudo teórico-conceitual foi elaborado uma programação de atividades que atendessem as especificidades da faixa etária e agenda escolar.

A atividade foi nomeada pelos adolescentes como 'Roda Terapêutica', era realizada de acordo com o passo a passo proposto por Barreto (2008) iniciando sempre pelo acolhimento. Foram adotados recursos como cartazes de boas-vindas, textos de motivação, aromatizadores de ambientes a base de ervas e músicas relaxantes sempre com a proposta de harmonizar o ambiente. O planejamento era realizado semanalmente e todo material necessário era confeccionado uma semana antes, pelos discentes do projeto.

Os adolescentes assinavam uma lista de frequência e se acomodava no círculo. Na roda, ficavam presentes, a Terapeuta Comunitária, dois co-terapeutas e os adolescentes participantes, fora da roda um aluno extensionista que auxiliava controlando o fluxo dos alunos nos locais, fazia registros áudio visuais.

Os co-terapeutas, eram responsáveis em fazer o acolhimento dos participantes, dar boas-vindas através de dinâmica, brincadeiras e músicas que os proporcionassem aos adolescentes desenvolvimentos e risadas para relaxar e integrar os participantes.

Era estimulado, abraço, sorriso como forma fortalecer as relações e o afeto entre os participantes. Todos batem palmas de agradecimento e na sequência eram partilhadas as alegrias como forma de reconhecimento de vínculos e partilhas entre os participantes, na sequência fala-se das regras e reforça os conceitos de respeito e escuta ativa. A partir desse momento o terapeuta assume a atividade e dá início a atividade terapêutica realizando atividades de relaxamento, massagens para envolver os adolescentes na atividade trabalhando propostas lúdicas temáticas que estimulasse os adolescentes no momento da fala. Assim como uma sequência as falas iam

acontecendo como se propõe na metodologia da TCI, os adolescentes levantam a mão e falam uma manchete do seu problema junto com o seu sentimento. Na sequência era feita a identificação do tema e todos iam falando de forma que sentiam parte do grupo, para assim se fazer a votação e eleger a escolha do tema após esse momento acontecia a contextualização onde os adolescentes com ajuda do terapeuta e do grupo sentiam-se à vontade para expressar histórias, sofrimento em um local onde existiam pessoas com histórias e problemas semelhantes fortalecendo e encorajando a expressão do grupo.

Após este momento acontecia fala das superações e então a cada encontro os adolescentes se fortaleciam e viam possibilidades expressadas nas superações dos seus colegas. Por fim, acontecia a conotação final os encontros eram encerrados com um abraço coletivo, todos em uma roda falando sobre aprendizado e vivências positivas todo encontro os próprios adolescentes eram estimulados a expressarem sentimentos através de músicas que tinham relação com a experiência vivida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar com adolescentes, é um desafio, este grupo possui especificidades e a experiência das rodas de TCI com este grupo proporcionou uma oportunidade de compartilhar sentimentos que resultaram no alívio do sofrimento causado por conflitos emocionais e familiares. Esta tecnologia leve de cuidado constituiu-se em momento de integração, de partilha de experiências, sabedoria, na qual o acolhimento e o respeito ao outro foram fundamentais.

Nesse processo todos foram co-responsáveis na busca de soluções para sofrimentos e problemas do cotidiano. Com a vivência os jovens fortaleceram os vínculos, trabalharam a afetividade, com o próximo, através do toque e autoconhecimento, melhorando dessa portanto a autoestima. As rodas ainda promoveram uma dinâmica de possibilidades para a criação de uma rede de apoio no contexto escolar.

REFERÊNCIAS

BARRETO, A. P. **Terapia Comunitária passo a passo**. 3º ed. revista e ampliada. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008;

BUZELI, C. P.; COSTA, A.L.R.C. da; RIBEIRO, RLR. **Promoção da saúde de Estudantes Universitários: contribuições da terapia comunitária**. *Rev. Eletrônica Gestão & Saúde*. 3(1) [online]. 2012.

COSCRATO, G.; PINA, J.C.; MELLO, D.F. **Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura**. *Acta Paul Enferm*. 23(2) [online]. São Paulo. 2010.

JATAI, J.M.; SILVA, L.M.S. **Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência**. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. 65(4) [online]. Brasília. Julho-agosto 2012.

JINEZ, M.L.J.; SOUZA, J.R.M.; PILLON, S.C. **Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio**. *Rev. Latino-americana de enfermagem* 17(2) [online]. São Paulo. Março/abril 2009.

OLIVEIRA, D.S.T.; FILHA, M.O.F. **Contribuição dos recursos culturais para a terapia comunitária integrativa na visão do terapeuta**. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*. 32(3) [online]. Porto Alegre. Setembro 2011.

¹RELATO DE EXPERIÊNCIA: RODA DE TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA PARA PREVENÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE ADOLESCENTES (Projeto de Extensão).

²Aluna do curso de graduação em Medicina, FAMENE, João Pessoa, Paraíba, E-mail: marinabrito_@hotmail.com.

³Aluna do curso de graduação em enfermagem, FACENE, João Pessoa, Paraíba, E-mail: nathalianahnah@hotmail.com,

⁴Aluna do curso de graduação em enfermagem, FACENE, João Pessoa, Paraíba, E-mail: rebekaalves-ingrid@hotmail.com.

⁵Aluno do curso de graduação em enfermagem, FACENE, João Pessoa, Paraíba, E-mail: wellysonrep@hotmail.com,

⁶Professoras da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança. Coordenadoras do Projeto de Extensão Rodas de Terapia Comunitária. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: vagna.cristina@bol.com.br.

31. A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO FORTALECIMENTO DA AUTOESTIMA DE ADOLESCENTES¹

Rebeka Ingrid Nascimento Alves²
Natália Silva de Souza³
Marina Brandão Ramalho de Brito⁴
Wellyson do Nascimento Souza⁵
Vilma Felipe Costa de Melo⁶
Vagna Cristina Leite da Silva Pereira⁶

RESUMO

O presente estudo objetiva verificar a auto estima de adolescentes que participaram das rodas de TCI e entre aqueles adolescentes que não participaram das rodas. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória descritiva com a abordagem quantitativa, realizada com 60 adolescentes de ambos os sexos, que responderam de maneira individual a um questionário. Com os resultados obtidos podemos concluir que 70% dos adolescente que não participam da roda tem tendência à baixa autoestima e 46,7% dos adolescentes que participam tem tendência a boa autoestima. Com os resultados obtidos podemos concluir que os adolescentes participantes da roda de terapia comunitária integrativa apresentam boa autoestima, comprovando que esta modalidade de cuidado é eficaz para se realizar com adolescentes no ambiente escolar, pelo reconhecimento desse espaço como favorável para reunir grupos heterogêneos em diferentes contextos sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Adolescente. Autoestima.

INTRODUÇÃO

A adolescência é compreendida como um ciclo vital, pontuado pelo processo de mudanças fisiológicas, psicológicas e ambientais, que estão integradas no contexto sócio- cultural em que se dá a evolução. Dessa maneira, as diferentes características no contexto do desenvolvimento oportunizam diversas formas de se vivenciar esta fase, marcando a trajetória de vida de cada adolescente e determinando a vulnerabilidade e potencialidades (ZAPPE, DELL AGLIO 2016). Algumas pesquisas apontam que, durante a adolescência, dimensões educacionais e vínculos estabelecidos com os pais, contribuem de forma positiva para fortalecimento emocional e desenvolvimento. Dessa forma, adolescentes motivados e apoiados pelos pais tendem a ter níveis de autoestima e autoconceito mais elevados (REIS, PEIXOTO 2013).

Segundo Bellato et. al. (2015), os indivíduos não são vulneráveis, mas podem estar vulneráveis em alguns momentos da vida. Existindo elementos que contribuem para maior predisposição como valores, crença, afeto, vínculos interpessoais, entre outros. Durante a essa fase as pessoas apresentam mudanças nos aspectos físico, cognitivo e afetivo que interferem na formação da autoestima, onde a mesma consiste em uma avaliação de si próprio sofrendo influencias do meio familiar, social e situações vividas (FREIRE, 2011).

Nesta perspectiva, é importante ressaltar que a terapia comunitária integrativa consiste em uma prática que visa reestruturar a identidade através de uma auto análise criando uma teia de relação social com os participantes, sendo assim definida como um espaço de acolhimento, onde ocorre a escuta ativa, a reflexão e a troca de vivências entre os participantes encorajando-os a buscarem soluções para superarem as situações conflituosas (ROCHA et. al., 2013).

A terapia comunitária integrativa (TCI) é um método utilizado para favorecer o resgate da autoestima e o apoio aos adolescentes durante essa fase de mudanças promovendo a saúde mental, bem-estar e melhora na qualidade de vida (ZAGO, 2013). Dessa forma, o presente estudo objetiva Verificara autoestima de adolescentes que participaram das rodas de TCI e entre aqueles

adolescentes que não participaram das rodas.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória descritiva com a abordagem quantitativa, realizada na Escola Estadual de Ensino Médio Lyceu Paraibano, localizada no Município de João Pessoa/PB. Participaram do estudo 60 alunos, do sexo masculino e feminino. Estes foram organizados em dois grupos Grupo – participantes das rodas e Grupo – não participantes das rodas. Para coleta de dados utilizou-se como instrumento o questionário de autoestima que foi construído e validado por Adalberto Barreto (2008). A coleta foi realizada no mês de Agosto de 2016. A pesquisa respeitou os aspectos éticos preconizados pela resolução CNS 466/12, após aprovação do comitê de ética da UFPB, sob CAAE de número: 51510115.2.0000.5188. Esta pesquisa trata-se de um recorte do projeto maior intitulado *A Terapia Comunitária Integrativa uma ferramenta de cuidado para a saúde mental de adolescentes com familiares alcoolistas*. Atividade vinculada ao projeto de extensão *Rodas de Terapia Comunitária Integrativa e o resgate da auto estima uma alternativa de cuidado para saúde mental, da FACENE/FAMENE*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada com 60 (100%) adolescentes, sendo 34 (56,7%) do sexo feminino e 26(43,3%) do sexo masculino com idades entre 15 e 19 anos. De acordo com os resultados apresentados na Tabela 1 verifica-se os níveis de autoestima segundo instrumento utilizado na pesquisa.

Tabela 1 – A Auto estima entre adolescentes participantes das rodas de TCI com adolescentes que não participaram da rodas de acordo com instrumento de Auto estima de Adalberto Barreto. João Pessoa, 2016.

NÍVEIS	ADOLESCENTES Participantes da TCI		ADOLESCENTES NÃO participantes da TCI	
	N	%	N	%
BAIXA Autoestima	0	0%	1	3.3%
TENDÊNCIA BAIXA Autoestima	16	53.3%	21	70%
TENDÊNCIA BOA Autoestima	14	46.7%	8	26.7%
BOA Autoestima	0	0%	0	0%
TOTAL	30	100%	30	100%

Fonte: pesquisa direta

Com o reconhecimento da TCI como modalidade terapêutica grupal, que pode ser realizadas com pessoas nas diferentes faixas etárias foi realizada com um grupo de adolescentes para verificar o fortalecimento da auto estima, verificando portanto nesta pesquisa que 70% dos adolescentes que não participaram da roda de TCI têm tendência à baixa autoestima, seguido de 53,3% dos que participaram. Verificou também que 26,7% dos que não participam têm tendência a boa autoestima seguido de 46,7% dos que participam.

A TCI promove o fortalecimento de vínculos, construção de redes sociais promovendo o conhecimento pessoal entre seus participantes para que estes fortaleçam sua autoestima e desenvolvam seu papel pessoal com autonomia (BARRETO, 2008). De acordo com dados é perceptível uma elevada tendência à baixa autoestima entre aqueles que não vivenciaram as

atividades da TCI. Esta ferramenta de cuidado propõe aos seus participantes a partilha de experiências proporcionando no outro a certeza de superações, pois é possível identificar em outras histórias semelhanças, assim o sentimento de fracasso é reconstruído pela certeza de superação identificada em experiências semelhantes. Sentimentos de medo, insegurança e submissão, além de dificuldades em tomar decisões é muito frequente na vida dos adolescentes dessa forma, estes, na maioria das vezes agem pela própria vontade para satisfazer o outro e assim serem aceitos. A expressão de sofrimento ocasionado por esta postura é um dos principais motivos para sofrimento psíquico nesta faixa etária (XAVIER et. al., 2015).

A Terapia Comunitária Integrativa busca o resgate da autoestima, favorecendo a tomada decisão, o fortalecimento de valores pessoais, sendo de extrema importância para o adolescente expor seus conflitos através de diálogos e reflexões a partir do unitário para alcançar o coletivo. (ZAGO, BREDARIOL, MESQUITA,2013). Segundo a pesquisa de Zago, (2013) é notório que a TCI constitui-se como prática humanizada, horizontal onde todos são iguais e o adolescente enriquece as discussões através de suas dúvidas, anseios, expondo seus sentimentos, proporcionando para o mesmo um ponto de apoio, acolhimento e referência. Fazendo uso de uma escuta qualificada, através da partilha de experiências, momentos de reflexão, brincadeiras e dinâmicas grupais. As atividades propostas devem propiciar o relaxamento do grupo tornando-os menos resistentes e mais relaxados, para tornarem-se empoderados pelo reencontro consigo mesmo, estimulando o resgate e fortalecimento da autoestima (ARARUNA et. al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o objetivo apresentado foi possível verificar que os adolescentes participantes da roda de Terapia Comunitária Integrativa apresentaram uma maior tendência a boa autoestima, reafirmando-se que a TCI é eficaz para se realizar com este grupo etário no ambiente escolar, pelo reconhecimento desse espaço como favorável para reunir grupos heterogêneos de adolescentes em diferentes contextos sociais em um espaço reconhecido pelo próprio grupo.

REFERÊNCIAS

- ARARUNA, M.H.M. et al. Formação de terapeutas comunitários na Paraíba: impacto na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.**, v.14,n.1,p. 33-41. jan/mar 2012.
- BELLATO, R. et. al. O cuidado familiar na situação crônica do adoecimento. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 1, p.393- 398, 2015.
- REIS, I. G.; PEIXOTO, F. Os meus pais só me criticam” – Relações entre práticas educativas parentais (perfeccionismo e crítica) e a autoestima, o autoconceito acadêmico, a motivação e a utilização de estratégias de self-handicapping. **Aná. Psicológica**, v.31 n.4, p. 343-358, dez., 2013.
- ZAGO, C.F., BREDARIOL, P.C.A., MESQUITA, P.D. Aplicação da terapia comunitária na intervenção com adolescentes: novas estratégias de prevenção e promoção. **Cad.Ter.Ocp.** v.21,n.2,p. 361-371, 2013.
- ZAPPE, G. J.; DELL’ AGLIO. Adolescência Em Diferentes Contextos De Desenvolvimento: Risco E Proteção Em Uma Perspectiva Longitunial. **Rev. Psico.**, v. 27, n. 2, 99-110, ago./fev., 2016.
- FREIRE, T; TAVARES, D. Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. **Rev Psiq Clín.** v.38, n.5, p.184-188, mar 2011.
- ROCHA et at. Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. . **Rev Gaúcha Enferm.** v.34, n.2, p.155-162.

2013.

¹Trabalho de Pesquisa vinculado a Extensão

²**Discente do curso de graduação em enfermagem, FACENE, João Pessoa, Paraíba, E-mail:rebekaalves-ingrid@hotmail.com**

³Discente do curso de graduação em enfermagem, FACENE, João Pessoa, Paraíba, E-mail: nathalianahnah@hotmail.com

⁴Discente do curso de graduação em medicina, FAMENE, João Pessoa, Paraíba, E-mail: marinabrito_@hotmail.com

⁵Discente do curso de graduação em enfermagem, FACENE, João Pessoa, Paraíba, E-mail: wellysonrep@hotmail.com

⁶Docentes da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), João Pessoa, Paraíba, E-mail: vagna.cristina@bol.com.br

32. BREVE ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA DA TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA COMBINADA NA DOR NEUROPÁTICA

Bruno Henrique Arruda de Paula¹
Vladimir Lenin de Sousa Almeida e Araújo¹
Brenda Vieira Moreira Monteiro¹
Ricelli da Silva Moraes¹
Sérgio Augusto Silva Paredes Moreira²

RESUMO

A dor neuropática é consequente de lesão ou disfunção no sistema nervoso central ou periférico. Embora exista a necessidade de tratamentos multidisciplinares, o tratamento com fármacos tem grande importância clínica, uma vez que este tipo de dor causa enormes custos e sofrimento na população. É importante compreender as alterações no processo de sensibilização dessa dor para a prescrição terapêutica efetiva tendo os bloqueadores dos canais de sódio, os de cálcio e os inibidores seletivos da recaptção de serotonina e norepinefrina uma importante proposta de intervenção para esses pacientes. Contudo, devido à subjetividade e individualidade que a dor se expressa em cada indivíduo, como a singularidade de eficiência dos tratamentos, o estudo na área deve ser constante a fim de melhorar sua terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Dor neuropática, dor crônica, terapêutica combinada.

INTRODUÇÃO

Dor é uma experiência emocional sensorial negativa relacionada a um dano tecidual concreto ou potencial (International Association for the Study of Pain – IASP, 2011), por se tratar de uma experiência emocional, a dor se manifesta de forma diferente em cada indivíduo, tendo assim um caráter subjetivo e multidimensional o que dificulta sua medição e comparação.

Sua função é de proteção para os indivíduos, funcionando como um alerta ao ativar respostas indicativas de proteção do local danificado a fim de minimizar os danos teciduais e evitar exposições futuras semelhantes.

A dor pode ser do tipo neuropática ou nociceptivas, nesta ocorre a ativação fisiológica dos receptores, ativando a via dolorosa relacionada à lesão, enquanto, naquela ocorre uma ativação anormal da via neurológica nociceptivas presentes no trato espinotalâmico, ou seja, ela se inicia por uma lesão ou disfunção do sistema nervoso central ou periférico.

Hoje, diversos estudiosos consideram a dor neuropática como sendo uma epilepsia do nervo. Uma vez que a melhor explicação para ela é a geração ectópica (longe do local de lesão) de impulsos nervosos nas fibras de pequeno calibre do tipo C e A δ (Bostock H., et al, 2005) lesões no nervo ou sua compressão podem levar a distúrbios de distribuição e conformação dos canais iônicos, principalmente os de sódio, aumentando a excitabilidade desses axônios, despolarizando-os, mesmo sem a presença de estímulos externos. Por isso, explica-se a efetividade de drogas anticonvulsivantes que atuam nos canais de sódio para tratamento desses pacientes.

Diagnosticar a dor neuropática é extremamente difícil e, recentemente seus diagnósticos podem ser classificados como possíveis, prováveis ou definitivos. Para isso, pacientes que chegam com dor de distribuição neuroanatômica plausível com histórico de lesão ou doença relevante, podem ser diagnosticados como possíveis portadores de dor neuropática. Em seguida, fazem-se dois testes confirmatórios: o de sinais positivos e negativos restritos ao território da estrutura nervosa lesionada e o teste de diagnóstico confirmando a presença de lesão ou disfunção que expliquem a dor neuropática. Se apenas um der positivo, trata-se de um provável portador de dor neuropática. Porém, caso ambos os teste mostrem-se positivos, o diagnóstico que melhor se adéqua é o de dor

neuropática definitiva. (TREEDE, et al, 2007) [3].

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo analisar o tratamento combinado para a dor neuropática crônica através de fármacos que em conjunto possam melhorar a qualidade de vida dos pacientes acometidos por essa disfunção nervosa, pois a taxa de sucesso para esses indivíduos ainda é baixa e muitos indivíduos se veem obrigados a sofrer pelo resto da vida com essas dores.

METODOLOGIA

Por tratar-se de uma revisão literária utilizou-se a pesquisa de diversos artigos atuais nas plataformas e revistas virtuais como o Scielo, Bireme e abneuro, assim como literaturas sobre o tema, a fim de analisar as terapêuticas com drogas utilizadas atualmente no tratamento ao paciente com dor neuropática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo os estudos pesquisados, a maioria dos pacientes no tratamento para a dor neuropática é tratada por medicamentos de ação não comprovada ou pelo medicamento correto, porém na dosagem errada. É importante esclarecer que a dor neuropática não costuma responder de forma satisfatória aos analgésicos tradicionais como o paracetamol. Como a dor neuropática acontece por uma disfunção nervosa e não por inflação crônica, o tratamento farmacológico mais indicado no seu tratamento são antidepressivos e anticonvulsivantes, dentre eles os que atuam nos canais de sódio, de cálcio e os inibidores seletivos de serotonina e norepinefrina. Esse tratamento é mais eficaz tanto nos casos de dor neuropática crônica central como na periférica e a abordagem de uma terapêutica combinada apresenta tanto vantagem aditiva como inibitória. Aditiva nos casos em que dois medicamentos são utilizados tendo como alvo vias ou mecanismos complementares como em casos de utilização de opióides com anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), neste caso, pode-se obter o efeito desejado com doses mais leves do que se cada uma dessas drogas fosse administrada isoladamente.

Enquanto a abordagem inibitória é utilizada para reduzir efeitos colaterais produzidos por um dos fármacos. Nos casos em que pelo menos uma das drogas é ministrada a fim de contrariar os efeitos secundários produzidos por um dos demais fármacos, como no caso diclofenac e o misoprostol.

Outra forma possível de tratamento é a utilização de opióides (termo genérico utilizado para definir todas substâncias naturais ou sintéticas, cuja ação analgésica se dá através da interação com receptores opioides). Esses receptores encontram-se principalmente no sistema nervoso central e em casos de inflamação aparecem também no periférico, tem-se aí a eficácia dessas drogas nesse tipo de dor, porém, embora bastante difundido mundialmente, alguns clínicos ainda resistem ao seu uso devido às complicações que este pode trazer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda não existe um tratamento específico e eficiente para dor neuropática crônica e qualquer redução no seu avanço é motivo de comemoração visto que em apenas de 30 a 50% dos casos tem-se melhora do quadro. Dessa forma, tem-se a necessidade do seu maior estudo possibilitando aumentar o conhecimento acerca dessa disfunção a fim de aprimorar sua terapêutica. É importante destacar ainda que as abordagens devem ser multidisciplinares remetendo-se não só a utilização de fármacos, como também reabilitação física e cognitivo-psicológica.

REFERÊNCIAS

Bostock H, Campero M, Serra J, Ochoa JL. Temperature-dependent double spikes in C-nociceptors of neuropathic pain patients. *Brain*. 2005;128:2154-63.

IASP – International Association for the Study of Pain. **Managing Acute Pain in the Developing World**, Clinical updates, vol XIX, 2011.

MAO, J.; MICHAEL, G.; BACKONJA, S. M. -**Combination Drug Therapy for Chronic Pain: A Call for More Clinical Studies**. *Journal of Pain*, p. 157-166, 2011.

RIBEIRO, Sady; SCHMIDT, André; SCHMIDT Sérgio. **O Uso de Opióides no Tratamento da Dor Crônica Não Oncológica: O Papel da Metadona**. *Rev Bras Anestesiol* 2002;52(5):644-51.

TAVARES, Jorge C. - Medicamentos da dor e seus mecanismos. In: GUIMARÃES, Serafim; MOURA, Daniel; SOARES DA SILVA, Patrício. *Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas*. Porto: Porto Editora, 2006, ISBN 972-0- 6029-8.

TREDE, Rolf-Detlef, JENSEN, TS, CAMPBELL, JN, CRUCCU G, DOSTROVSKY, JO, GRIFFIN, JW, HANSSON, P, HUGHES, R, NURMIKKO, T, SERRA, J. **Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes**. *Neurology*. 2007;70:1630-5.

33. OFICINA SOBRE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA ENTRE GESTANTES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Rayanny dos Santos Angelo Pereira²
Danielle Aurília Ferreira Macêdo Maximino³
Laís Sara Conserva Chagas⁴
Raíssa Freitas Cabral Porto⁵
Thayse Caroline Rios⁶

RESUMO

O câncer de mama é causado através multiplicação atípica das células da mama, sendo diagnosticado precocemente por meio de alguns exames clínico das mamas e do autoexame das mamas. Pensando nesta problemática, os discentes do projeto de extensão intitulado: “Grupo de Gestantes: Perspectivas para uma gestação, parto e puerpério saudáveis – 2016” viram a necessidade de relatar as experiências vividas através da oficina sobre o tema. As atividades do grupo são desenvolvidas semanalmente as quartas-feiras, nas dependências da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova esperança e é composto por 2 docentes, 2 discentes da graduação de enfermagem e 2 discentes da graduação de medicina. As oficinas são constituídas de 3 momentos: dinâmica, explanação da temática e distribuição de um lanche. A participação neste projeto de extensão proporcionou a todas as acadêmicas uma visão sobre o conhecimento das gestantes sobre o tema, sendo explorado também, o lado emocional sobre a oficina, levando a certeza que a oficina sobre “Prevenção do câncer de mama” foi importantíssimo para que as participantes do projeto terminem a oficina com saberes que promovem prevenção/saúde para sua vida, e sendo uma troca de saberes que carregaremos para a construção do profissional que nos tornaremos.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes. Neoplasias da Mama. Prevenção.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o de maior incidência no gênero feminino mundial, excluindo os cânceres de pele não melanoma (INCA, 2015). Este tipo de neoplasia é a principal causa de morte causada por câncer na população feminina e o quinto motivo de mortalidade por câncer em geral no país, com perspectiva de crescimento gradual da taxa de letalidade. (BATISTA, 2016).

Por este motivo, é essencial que as mulheres tenham acesso a conhecimento consistente a importância da neoplasia e sua forma de exposição, uma das recomendações particulares do INCA (2014). De acordo com Batista (2016). As maneiras de controle previstas pelas diretrizes nacionais abrangem a promoção da saúde, a prevenção, a detecção precoce, o tratamento e os cuidados paliativos. Por essa razão, é imprescindível recorrer às maneiras de demonstrar a melhor forma do prognóstico através da detecção precoce de lesões.

Tendo em vista esta discussão o atual estudo tem como finalidade relatar as experiências vivenciadas pelas extensionistas de um projeto de extensão destinado às gestantes em uma oficina sobre prevenção do câncer de mama.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência vivenciado pelas acadêmicas de enfermagem e medicina enquanto extensionistas do projeto intitulado “Grupo de Gestantes: Perspectivas para uma gestação, parto e puerpério saudáveis – 2016”, que acontece nas dependências da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova esperança.

As atividades do grupo são desenvolvidas semanalmente as quartas-feiras e é composto por

2 docentes, 2 discentes da graduação de enfermagem e 2 discentes da graduação de medicina, o projeto conta com um público-alvo estimado em 30 (trinta) gestantes.

As oficinas são constituídas de 3 momentos: a dinâmica para descontrair as participantes; a explanação do conteúdo previamente sugerido através das extensionistas e as gestantes, momento também usado para explorar as dúvidas que por ventura surjam, e a distribuição do lanche, momento de descontração para todos.

As oficinas são planejadas com base na educação em saúde, e na execução são utilizados slides, panfletos educativos, manequins, imagens, dentre outros recursos metodológicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto proporciona as discentes um crescimento de saberes e prazerosas experiências, geradas a partir da troca de conhecimentos compartilhados durante todo o projeto de extensão, havendo uma interação dinâmica do saber técnico-científico com o público inserido no projeto.

O projeto de extensão é fundamental para que os discentes ampliem seus horizontes para a vida profissional, ensinando como se portar diante das diferentes situações e públicos, além de aprimorar suas responsabilidades no âmbito fora da academia. Colocando em prática o aprendizado construído na graduação e aprender com o conhecimento do próximo.

Colocar-se como entre os ambientes da formação e do trabalho traz oportunidades de evoluir no crescimento profissional, criando a necessidade de buscar novos conhecimentos para contrapor as dúvidas que venham a surgir através do público alvo (ALMEIDA et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação neste projeto de extensão proporcionou a todas as acadêmicas uma visão sobre o conhecimento das gestantes sobre o tema, sendo explorado também, o lado emocional sobre a oficina, levando a certeza que a oficina sobre “Prevenção do câncer de mama” foi importantíssimo para que as participantes do projeto terminem a oficina com saberes que promovem prevenção/saúde para sua vida, e sendo uma troca de saberes entre as extensionistas adquiridas na academia e as participantes do projeto de extensão, que carregaremos para a construção do profissional que nos tornaremos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. C. A.; AMBROSETTI, N. B.; ANDRE, M. E. D. A.; CALIL, A. M. G.C.; **O PIBID e a aproximação entre universidade e escola: IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS PROFESSORES.** São Paulo, 2015.

BATISTA, A. V. S.; **Programa de rastreamento organizado do câncer de mama: implantando o modelo no município de Paraná, Rio Grande do Norte.** São Luís, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2014: Incidência do Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2014.

_____. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil.** Rio de Janeiro, 2015.

¹ Relato de experiência de discentes do Projeto de Extensão intitulado: “GRUPO DE GESTANTES: PERSPECTIVAS PARA UMA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO SAUDÁVEIS - 2016”, das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança.

² Discente da graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/PB). E-mail: rayanny.angelo@hotmail.com - Relatora do trabalho.

³ Enfermeira. Docente das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE/PB).
Coordenadora do Projeto. Orientadora.

⁴ Discente da graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/PB).

⁵ Discente da graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE /PB).

⁶ Discente da graduação em Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE/PB).

34. PROJETO DE EXTENSÃO ANATOMIA VIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Anna Luiza Portela Targino¹
Fernanda Falcão Carlos²
Larissa Silva de Siqueira Figueiredo³
Thales Henrique de Araújo Sales⁴

RESUMO

Introdução: O projeto de extensão Anatomia Viva busca aproximar os estudantes do ensino médio de escolas de João Pessoa à prática anatômica, com o objetivo de facilitar o aprendizado. Foi desenvolvido por professores e alunos da FACENE/FAMENE. **Método:** Trata-se de um relato de experiência cujo conteúdo foi adquirido por meio da observação direta da rotina dos projetistas, durante as atividades do projeto de extensão Anatomia Viva, durante o ano de 2016, e a correlação feita através de análise de livros artigos científicos publicados a partir de 2001. **Resultados e discussão:** O ensino da anatomia humana é prejudicado em muitas instituições visto que estas apresentam pouquíssimas metodologias que aliem o aprendizado teórico à prática. **Considerações finais:** A Anatomia Viva contribui para o aprofundamento dos conhecimentos pré-existentes; contextualização da abordagem teórica; e correlação de conteúdo dentro e fora da sala de aula.

PALAVRAS-CHAVE: anatomia, extensão comunitária, ensino médio.

INTRODUÇÃO

O ensino da anatomia humana, ciência que estuda as estruturas do corpo, se dá por meio de um método teórico/prático que envolve o estudo dos conceitos e nomenclatura de estruturas anatômicas à prática de dissecação de cadáveres ou estudo de peças já dissecadas (DANGELO; FATTINI, 2011; MOORE, 2001). O conhecimento básico da anatomia humana já é abordado nas matérias de biologia nas escolas, contudo o aprendizado é muitas vezes prejudicado em decorrência da falta de metodologias de ensino que promovam aos alunos experiências práticas.

De acordo com Lima et al. (2008), os professores do ensino médio e fundamental são muitas vezes obrigados a limitar suas aulas de biologia a uma abordagem exclusivamente teórica, em decorrência da falta de instrumentos que proporcionem aos alunos experiências práticas. Tendo em vista que as universidades possuem os meios necessários para prover a esses alunos o estudo da prática anatômica que muitas vezes é deficiente nas escolas, foram desenvolvidas atividades de extensão, por alunos e professores dos cursos de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, com o objetivo de aproximar os estudantes daquilo que só tiveram contato teoricamente, e aprimorar seu entendimento a respeito dos fenômenos que ocorrem na natureza.

Desta maneira, a Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança desenvolveu, junto aos acadêmicos dos cursos de Enfermagem e Medicina, desenvolveu o Projeto de Extensão Anatomia Viva. Este projeto permite que alunos de diversas escolas da cidade de João Pessoa visitem o laboratório de anatomia da faculdade e assistam a breves aulas sobre os principais sistemas e estruturas do corpo, ministradas pelos alunos extensionistas do projeto.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de um relato de experiência, no qual as informações contidas foram adquiridas por meio da observação direta da rotina dos projetistas durante as atividades do Projeto de Extensão Anatomia Viva, entre os meses de Março a Novembro do ano de 2016, correlacionando com a análise de livros e artigos científicos publicados a partir do ano de 2001. O presente relato foi

realizado junto a dez estudantes regularmente matriculados nos cursos de graduação de Medicina e Enfermagem da Faculdade de Medicina e Enfermagem Nova Esperança. Os alunos eram levados para a realização da visita por meio de ônibus disponibilizados pela faculdade nas terças e quintas. Sendo o número de visitantes por instituição de 20 a no máximo 50 alunos. Para a exposição das aulas de anatomia para os educandos, os projetistas fizeram uso de bancadas sequenciais contendo tanto cadáveres quanto peças anatômicas avulsas, utilizando-se de uma metodologia expositiva e explicativa de forma a facilitar o entendimento. Sendo os sistemas mais apresentados o cardiovascular, respiratório, digestório, assim como o neurológico e reprodutor. As visitas duraram em média de uma a duas horas, aproximadamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os alunos de ensino médio têm em sua grade estudantil o ensino de ciências biológicas, contudo, a presentes, são reduzidas e insuficivisão destes normalmente é apenas do ponto de vista teórico. As aulas de laboratório, quando entes para ofertá-los uma boa dimensão da estrutura do corpo humano. As atividades práticas, atualmente, apresentam um importante elemento para compreensão ativa de conceitos. Em virtude disso, preocupação em desenvolver atividade experimental começou a ter presença marcante nos projetos de ensino e nos cursos de formação de professores (LIMA et al., 2008).

Tendo em vista que as atividades práticas nas instituições de nível fundamental e médio são reduzidas, pode-se concluir que desde a base educacional, os estudantes sofrem com uma carência na correlação entre o ensino teórico da sala de aula e o prático. As instituições de nível superior têm meios e métodos para auxiliar na melhoria das condições de ensino das escolas de nível fundamental e médio através de projetos de extensão. Estes projetos contam com a participação dos acadêmicos extensionistas e professores- orientadores. Além de recursos financeiros e estrutura adequada ao ensino (1998, apud LIMA et al., 2008)

O Projeto de extensão Anatomia Viva, através do Núcleo de Apoio em Pesquisa e Extensão Acadêmica (NUPEA), faz um acordo com as escolas de ensino médio e disponibiliza um ônibus para que a visita seja realizada.

Os alunos fazem uma visita à faculdade, conhecendo todas as suas instalações: Centro de Habilidades; biblioteca; laboratórios. E ao chegarem ao laboratório de anatomia, os acadêmicos extensionistas realizam uma aula demonstrativa sobre anatomia sistêmica do corpo humano. Neste momento os estudantes de ensino médio têm a oportunidade de correlacionar conhecimentos prévios de ciências biológicas com a anatomia sistêmica do corpo humano. Desse modo, o projeto de extensão Anatomia Viva incentiva nos alunos de ensino médio o interesse pelo estudo anatômico, podendo contribuir não apenas no conhecimento de ciências biológicas, mas também na escolha do curso de formação acadêmica desses.

A partir da demonstração prática das estruturas anatômicas e de sistemas importantes do corpo humano, os estudantes de ensino médio podem consolidar os seus conhecimentos teóricos, proporcionando um enriquecimento em seus currículos e resultando em um melhor desempenho escolar. A aula ministrada pelos extensionistas deixa os alunos confortáveis para esclarecer suas dúvidas e assim participar ativamente da construção do conhecimento anatômico.

Segundo Moura (2002), formar e informar podem ser vistos como parte de um mesmo processo em que os conteúdos e o modo de lidar com eles são integrados nas ações dos sujeitos. Estes, ao agirem, modificam e se modificam, ensinam e aprendem.

Dessa forma, um ensino que possibilite a participação ativa desses alunos, como é o caso do projeto de Anatomia Viva, possibilita que os conteúdos abordados se tornem mais significativos e contextualizados para os participantes. Em relação aos acadêmicos extensionistas, aulas demonstrativas ministradas por esse no projeto acabam incentivando o prazer pela a atividade de licenciatura nesses. Além disso, a prática de ensinar torna estes acadêmicos também sujeitos ativos do processo de construção do conhecimento anatômico sistêmico.

Esse projeto contribui não só com o melhor aprendizado dos estudantes de ensino médio,

mas também com o dos projetistas. Visto que proporciona uma revisão constante do conteúdo teórico-prático no campo de anatomia humana. Além de auxiliar na oratória e na coerência expositiva das temáticas ministradas nas aulas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de Extensão Anatomia Viva tem-se mostrado uma estratégia de ensino- aprendizado importante tanto para os estudantes de ensino médio quanto para os acadêmicos extensionistas, sendo ambos sujeitos ativos no processo de ensino. Desse modo, tal projeto contribui para o aprofundamento dos conhecimentos pré-existentes; contextualização da abordagem teórica e correlação de conteúdo dentro e fora da sala de aula.

REFERÊNCIAS

DÂNGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlo Américo. **Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar**. 3ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

LIMA, Adalmira Batista et AL. **Anatomia humana para as escolas de ensino fundamental e médio do município de Patos - PB**: um estudo preliminar. 2008. Disponível em:<<http://coopex.fiponline.com.br/images/arquivos/documentos/1278042897.pdf>> Acessado em: 04 de setembro de 2016.

MOORE, Keith L. **Anatomia Orientada para a Prática Clínica**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MOURA, M. O. **A Atividade de ensino como ação formadora**. In: CASTRO; A. D.; CARVALHO, A. M. P. (Org.). **Ensinar a ensinar: didática para a escola fundamental e média**. São Paulo, São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002, p. 143-62.

SILVA, Lucas Ferreira. **Anatomia humana no ensino médio**: uma nova abordagem dos alunos bolsistas do pibid de educação física. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/eniduepb/trabalhos/Modalidade_4datahora_23_10_2014_00_10_16_idinscrito_117_f52127f0675eac9ded4e0d5f0a15c48f.pdf> Acessado em: 03 de setembro de 2016.

¹Aluna do 6º período da Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE. annaluzatargino@hotmail.com

²Aluna do 5º período da Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE. fernandafcarlos@gmail.com

³Aluna do 5º período da Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE. larissassf@outlook.com

⁴Professor da disciplina de Anatomia da Faculdade de Medicina Nova Esperança-FAMENE

35. RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR: UMA ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS MUDANÇAS NAS DIRETRIZES DE 2015

Aline Laureano Lima¹
Bianca da Costa Ramos¹
Emylle Santos Souza¹
Alana Emilly Andrade de Souza Wanderley²
Gláides Nely Sousa Silva³

RESUMO

A Parada Cardiorrespiratória permanece como problema mundial de saúde pública. Esse estudo se justifica pela necessidade de conhecer melhor e divulgar as informações contidas nas novas diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar. A pesquisa foi norteada pela seguinte questão: quais as principais mudanças nas diretrizes de 2015 que regem o protocolo de ressuscitação cardiopulmonar no atendimento pré-hospitalar. Objetivou-se descrever e discutir as atualizações das diretrizes 2015 de ressuscitação cardiopulmonar pré-hospitalar, realizadas pelos profissionais de saúde e por socorristas leigos capacitados. Trata-se de uma revisão da literatura, realizada entre agosto e setembro de 2016, com dados analisados e discutidos qualitativamente. As principais mudanças envolvem as compressões, uso do celular para acionar o serviço de emergência, e a administração de naloxona em suspeita de intoxicação por opióides. Conclui-se que apesar de não haver grandes mudanças, estas precisam ser divulgadas para que a ressuscitação cardiopulmonar seja feita de modo coerente e adequado no âmbito pré-hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: ressuscitação cardiopulmonar, suporte básico de vida, parada cardiorrespiratória.

INTRODUÇÃO

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) permanece como um problema mundial de saúde pública. Apesar de avanços nos últimos anos relacionados à prevenção e tratamento, muitas são as vidas perdidas anualmente no Brasil relacionadas à PCR. Pode-se estimar algo ao redor de 200.000 PCRs ao ano, no Brasil, sendo metade dos casos ocorrendo em ambiente hospitalar, e a outra metade em ambientes como residências, shopping centers, aeroportos, estádios, etc.¹ Melhorar as chances de recuperação significativa após a parada cardíaca depende de uma abordagem da comunidade, socorristas, serviços médicos de emergência, e os prestadores de cuidados de saúde baseados em hospitais.^{1,2}

Para a American Heart Association (AHA) a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) foi criada com o objetivo de que os profissionais da área da saúde concentrem-se na ciência de ressuscitação e nas mudanças mais importantes das novas diretrizes.⁴ A AHA traz modificações significativas a cada cinco anos, para melhorar a qualidade no atendimento prático de ressuscitação e aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes em parada cardíaca.

Sendo assim esse estudo se justifica pela necessidade de conhecer melhor e divulgar as informações contidas nas novas diretrizes de RCP, fato este que torna possível implementar tais diretrizes de forma adequada e precisa proporcionando ao indivíduo assistido a garantia de qualidade no atendimento prestado.

A partir do que foi exposto, considerando principalmente a importância de divulgar os dados obtidos, a pesquisa proposta foi norteada pela seguinte questão: quais as principais mudanças nas diretrizes de 2015, que regem o protocolo de ressuscitação cardiopulmonar no atendimento pré hospitalar. Portanto, objetivou-se descrever e discutir as atualizações das diretrizes 2015 de ressuscitação cardiopulmonar para pré hospitalar, realizadas pelos profissionais de saúde e por

socorristas leigos capacitados.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão da literatura, realizada entre os meses de agosto e setembro de 2016, em artigos pesquisados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), publicados nos anos de 2015 e 2016 e em livros da biblioteca das Faculdades Nova Esperança. Os dados obtidos, foram analisados e discutidos qualitativamente. Por se tratar de uma pesquisa que não envolveu seres humanos, não foi necessária a aprovação do CEP, porém, a pesquisa foi realizada de acordo com os aspectos éticos no tocante a citação dos autores dos artigos e livros utilizados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados a seguir, revelam que as principais mudanças envolvem as compressões, a utilização de recursos tecnológicos, no caso o uso do celular para acionar o serviço de emergência com intuito de que a vítima não seja deixada sozinha. Também foi acrescentada a possibilidade de administrar naloxona intramuscular ou intranasal em casos de suspeita de intoxicação por opióides.

Uma grande novidade desta nova diretriz foi a diferenciação entre a PCR que ocorre dentro e fora do hospital, criando duas Cadeias de Sobrevivência do Adulto. Para o extra-hospitalar, a ênfase é a resposta rápida a um evento repentino. Esse aspecto foi reforçado com a recomendação de incorporar tecnologias de mídia social que convoquem socorristas que estão dispostos e capazes de realizar RCP e estão próximos a uma vítima com suspeita de PCR extra-hospitalar. (PEARSON)

No que diz respeito às compressões, a frequência foi modificada para o intervalo de 100 a 120/min. O número de compressões recomendadas, realizadas em um minuto, é fator determinante para retorno da circulação e da sobrevivência com boa função neurológica. Já a profundidade em adultos foi modificada para pelo menos 5cm, mas não deve ser superior a 6cm. A profundidade das compressões de até 5cm, está associada com desfechos favoráveis do que as menos profundas, garantindo maior pressão intratorácica e maior fluxo sanguíneo. Para garantir sístole e diástole, o socorrista não deve apoiar-se no tórax. Quando se apoia no tórax, impede-se o retorno total da parede do tórax, dificultando retorno venoso. A meta em termos de minimizar as interrupções é garantir que as compressões torácicas ocorram em ao menos 60% do tempo da RCP. Isso significa evitar interromper as compressões por mais de 10 segundos. (PERKINS)

Para minimizar ventilações excessivas, uma vez colocada a via aérea avançada, a proporção de ventilações foi simplificada para 10 respirações por minuto (uma ventilação a cada seis segundos). Foi reforçada a recomendação para que exista disponibilidade de desfibrilador (DEA) em locais públicos com grande probabilidade de ocorrer uma PCR presenciada (aeroportos, instalações esportivas, espaços de espetáculos, etc. (MONSEIURS)

Para ajudar o leigo a reconhecer uma PCR (e iniciar o atendimento), bastam apenas os seguintes critérios: a vítima não ter resposta, ou não respirar, ou ter uma respiração anormal (gasping). O treinamento do leigo deve ser para reconhecer esses padrões, sem precisar checar pulso. Para um leigo não treinado, ele pode ser orientado facilmente por telefone. (GREIF)

O algoritmo foi modificado para que o socorrista ative o Serviço Médico de Emergência sem sair do lado da vítima (usando celular). Tendo reconhecido a PCR, o socorrista leigo que não tiver treinamento deve realizar apenas compressões torácicas até a chegada de um DEA ou de outros socorristas treinados, ou ainda até que a vítima começa a se movimentar espontaneamente. A orientação para o leigo não treinado é: “comprimir com força e rapidez no centro do tórax”. Para o leigo treinado, foi reforçada a sequência C – A – B para atendimento (circulation – airway – breathing). Portanto o socorrista deve começar pelas compressões torácicas antes de realizar abertura de vias aéreas e ventilações. A proporção permanece de 30 compressões para 2 ventilações.⁷ Sobre a administração de naloxona, deve ser por via intramuscular ou intranasal em casos de suspeita de intoxicação por opióides nas quais o paciente tenha ausência de resposta ou

respiração anormal. (PERKINS). Isso só poderá ser feito por socorristas leigos treinados ou profissionais de saúde.

Diante das mudanças acima citadas, observa-se que essas alterações foram concebidas para simplificar o treinamento do profissional e continuar a ênfase na necessidade de aplicar uma RCP de alta qualidade, o quanto antes, em vítimas de PCR extra-hospitalar. Como também explicar o raciocínio adotado nas recomendações das mudanças na prática ou treinamento de ressuscitação cardiopulmonar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que apesar de não haver grandes mudanças, estas precisam ser divulgadas para que a ressuscitação cardiopulmonar seja feita de modo coerente e adequado no âmbito pré-hospitalar, com o principal intuito de aumentar as chances de sobrevivência das vítimas de parada cardiorrespiratória, quer sejam atendidos por profissionais ou por socorristas leigos treinados.

REFERENCIAS

GONZALEZ, MM.et al. **I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Volume 101, Agosto 2013.

GREIF, Robert.et al.**European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015**. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-26477418> Acesso em 30 de agosto de 2016.

MONSIEURS, Koenraad G.et al.**European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015**.Disponível em : [http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(15\)00350-0/abstract](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(15)00350-0/abstract) .Acesso em 30 de agosto de 2016.

NOLAN, Jerry P.et al.European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines for Post-resuscitation Care 2015. Disponível em: [http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(15\)00330-5/abstract](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(15)00330-5/abstract) acesso em 30 de Agosto de 2016.

PERKINS,Gavin D.et al. **European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Adult basic life support and automated external defibrillation**. Disponível em [http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(15\)00327-5/abstract](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(15)00327-5/abstract) acesso em 30 de agosto de 2016.

PEARSON, DAVID A. **Review of Clinical Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation**.Disponível em : <http://www.ncmedicaljournal.com/content/76/4/257> Acesso em 30 de agosto de 2016.

PERKINS,Gavin D.et al. **Cardiac Arrest and Cardiopulmonary Resuscitation Outcome Reports: Nov**. Disponível em: [http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(14\)00811-9/abstract](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(14)00811-9/abstract). Acesso em 30 de agosto de 2016.

¹Discentes do Curso de Enfermagem das Faculdades Nova Esperança, Extensionistas no Projeto FAPH (FACENE, João Pessoa, Paraíba) email: biaah_bcr@hotmail.com

² Discente do Curso de Medicina das Faculdades Nova Esperança, Extensionista do Projeto FAPH (FAMENE, João Pessoa, Paraíba).

³ Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Nova Esperança, Coordenadora do Projeto de Extensão FAPH (FACENE/FAMENE, João Pessoa, Paraíba).

36. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA: UMA DISCUSSÃO DA LITERATURA SOBRE O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER

Daysiane Ferreira Cesar³

Emylle Santos Souza¹

Nivia Alencar da Silva Januário²

Paula Tachira Alves Dias de Souza³

Adriana Lira Rufino de Lucena⁴

RESUMO

Entre as áreas de produção do cuidado no hospital, o serviço de emergência destaca-se como espaço particularmente importante e complexo. A demanda maior do que a capacidade de atendimento evidencia um cenário nacional e internacional de constante superlotação. A classificação de risco é um dispositivo de ordenamento das portas de entrada por critério de risco e são vários os sistemas de triagem e protocolos de classificação de risco existentes. Esta revisão da literatura objetivou mostrar os principais protocolos de classificação de risco e os métodos sobre o Sistema de Triagem de Manchester. Para a revisão, foi realizada pesquisa nas bases do MedLine/PubMed e Google acadêmico. Foi possível certificar que o STM já é caracterizado como um sistema válido e confiável, que pode ser utilizado com segurança em serviços de emergência. Entretanto, precisaria ser avaliada na sua dimensão “política”, em particular nas estratégias que visam disciplinar e regulamentar a vida no hospital.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços Médicos de Emergência/ classificação; Identificação da Emergência; Triagem.

INTRODUÇÃO

Entre as áreas de produção do cuidado no hospital, o serviço de urgência e emergência destaca-se como espaço particularmente importante e complexo, motivo pelo qual o Ministério da Saúde definiu políticas específicas para a área, tais como a Portaria Ministerial n.º 2.048 de 05/11/2002, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (2003), que apresentou o Acolhimento com Classificação de Risco como dispositivo para qualificar as portas de entrada dos serviços de urgência e emergência, e o Qualisus – Programa de qualificação do atendimento às urgências e emergências hospitalares (2004), apresentado como estratégia de melhoria dos serviços de urgência e emergência do SUS. Com a modificação do perfil epidemiológico da morbimortalidade nas áreas metropolitanas e, especialmente, com o crescimento da importância das causas externas, o atendimento de urgência ganhou mais relevância e indica a proporção desigual entre a oferta de recursos e demanda dos usuários, ressaltando um cenário nacional e internacional de serviços de emergência “porta aberta” superlotados. Isso impõe a necessidade de adoção de dispositivo com capacidade para contribuir para a priorização do atendimento, não só como meio de aliviar o sofrimento, mas principalmente de salvar vidas. (BITTENCOURT, 2009).

Entretanto, grande parte da população não tem acesso regular a um serviço de saúde, contribuindo para condições inadequadas de vida e a utilização caótica dos serviços de emergência (SE), seja para atendimentos relacionados à doenças crônicas ou situações em que pouco se tem a fazer. Ainda com relação a esse aspecto, a falta de leitos para internação na rede pública e o aumento da longevidade da população resultam na lotação dos SE e nas inúmeras dificuldades para o atendimento. Nesse contexto, a enfermagem deve atuar na “indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho,” fortalecendo a ideia de integralidade na assistência do indivíduo, tentando amenizar a dificuldade de acesso dos usuários, proporcionando uma boa receptividade no serviço de saúde. GILBOY, 2009

Diante disso, percebe-se que a processo de humanização em SE deve ser implementada na filosofia de trabalho, alinhando as crenças, os valores da instituição, buscando realizar um atendimento diferenciado.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória objetiva dar uma explicação geral sobre determinado fato, e a pesquisa descritiva procura analisar em profundidade a realidade pesquisada. Para a revisão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester foi realizada pesquisa nas bases do MedLine/PubMed, e Google acadêmico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme Mackway-Jones (2006), triagem é um sistema de gerenciamento de risco clínico, implementado em todo o mundo para gerenciar fluxo de paciente com segurança, quando a necessidade exceder a capacidade. Assim como nos outros sistemas, o Sistem de Triagem Manchester- STM possui cinco categorias ou níveis. A cada categoria é atribuído um número, cor, nome e tempo-alvo máximo aceitável até o primeiro atendimento médico, como se segue:

- [1] Nível 1: emergente, vermelho, imediato;
- [2] Nível 2: muito urgente, laranja: 10 minutos;
- [3] Nível 3: urgente, amarelo: 60 minutos;
- [4] Nível 4: pouco urgente – verde: 120 minutos;
- [5] Nível 5: não urgente – azul: 240 minutos.

Os quatro sistemas de triagens (Emergency Severity Index-ESI), possuem algumas características em comum: identificar e separar o doente em situação de risco de morte e que precisa ser atendido imediatamente dos que podem esperar com segurança o atendimento médico; possuem cinco categorias de urgências; a numeração das categorias de urgência vai do 1-mais urgente ao 5-menos urgente; a dor como critério para medir a urgência; asseguram a reavaliação periódica dos pacientes; contribuem com informações que ajudam a definir a complexidade do serviço e dos fluxos internos; determinam a área mais adequada para atendimento conforme risco; a triagem é realizada pelo enfermeiro.

Em relação ao STM, Cronin (2003), apresenta um número de vantagens identificadas para sua utilização, como: internacionalmente reconhecido, confiável e avaliado profissionalmente; tem sido adotado com sucesso em diferentes sistemas de saúde; sustenta o conceito de auditoria individual sobre as seleções realizadas pelos profissionais de triagem; o conceito pode ser expandido para outros serviços de emergência com características diferentes; oferece roteiro sistemático e lógico para a tomada de decisão e disponibiliza um pacote dedicado de treinamento em triagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, a classificação de risco superestimada, acarreta aumento de pacientes não urgentes ou poucos urgentes admitidos no serviço de urgência como muito urgentes, consumindo recursos que deveriam ser direcionados para pacientes que de fato correm risco de morte, principalmente na classificação do paciente pediátrico. Ressalta-se que, a correta classificação de risco é dependente do treinamento e experiência da enfermeira na aplicação do STM.

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT RJ, HORTALE VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cad Saúde Pública. 2009.

CRONIN JG. The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland. 2003.

GILBOY N, TANABE P, TRAVERS D, ROSENAU A, EITEL dr. Emergency Severity Index. Version 4: Implementation Handbook. 2009.

MACKWAY-JONES K, MARSDEN J, WINDLE J. Emergency Triage. Manchester Triage Group. 2^a ed. Oxford: Blackwell; 2006.

NETH, CAROLINE. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar.

SANTOS AE. Humanização em serviços de emergência: O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Editora Atheneu; 2010.

¹ Técnica em enfermagem. Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE, João Pessoa, Paraíba).
Extensionista no projeto FAPH.

² Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE, João Pessoa, Paraíba). Extensionista no projeto Envelhecimento Saudável. E-mail: nivia_januario@hotmail.com

³ Acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE, João Pessoa, Paraíba).

⁴ Docente do curso de Enfermagem/Medicina nas Faculdades Nova Esperança, Coordenadora do Projeto de Extensão Envelhecimento Saudável.