

Trabalhos de Pesquisa Campus V



APRESENTAÇÃO

Cadernos de Pesquisa Campus V é uma publicação de distribuição gratuita, publicada semestralmente, em Junho e Dezembro, pela coordenação de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão da Universidade Iguaçu – *Campus V* – Itaperuna, RJ. Tem como objetivo divulgar trabalhos inéditos, casos clínicos, estudo de casos e artigos de revisão, cobrindo temas das diversas áreas do ensino, pesquisa e extensão da Universidade Iguaçu.

CONSELHO EDITORIAL

Guilherme Lemos Imbelloni, MSc. – Universidade Iguaçu - *Campus V*
Juçara Lima Bedim, DSc. – Universidade Iguaçu - *Campus V*
Ronaldo Figueiró, DSc. – Universidade Estadual da Zona Oeste
Sérgio Henrique Mattos Machado, MSc. – Universidade Iguaçu - *Campus V*
Wendel Mattos Pompilho, DSc. – Universidade Federal Fluminense

SECRETÁRIA E EXPEDIENTE

Maryanne Morais Oliveira Bertassoni Delorenzi, Esp.
Tel: (22) 3823-4000. r. 4083
Segunda a Sexta das 8:00 as 17:00 horas.

OBJETIVO E ESCOPO

Revista multidisciplinar que tem por objetivo publicar artigos originais, casos clínicos e estudos de casos nas áreas: Administração; Ciências Biológicas; Direito; Enfermagem; Educação Física; Engenharia de Produção; Engenharia de Petróleo; Farmácia; Fisioterapia; Medicina; Medicina Veterinária; Odontologia.

INFORMAÇÕES PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS

O Título deve ser digitado em letras maiúsculas e negrito. O(s) nome(s) completo(s) do(s) autor e orientador deve(m) ser digitados separados do título por um espaço, seguindo da instituição de origem e 01 (um) e-mail para contato, que poderá ser do orientador. O resumo não pode ultrapassar 250 palavras. Atribuir até cinco palavras chave. O abstract é a tradução do resumo para língua inglesa. Atribuir até cinco keywords. O texto deverá ser digitado em tamanho A4, com margens de 2,5 cm nos quatro cantos, alinhamento justificado, espaçamento Simples e fonte Times News Roman, tamanho 12 em Word for Windows. O artigo completo deverá contar com 8 a 12 páginas. **Não serão cobradas taxas de submissão e publicação.**

REVISÃO DOS ARTIGOS

Os trabalhos encaminhados à revista são primeiramente avaliados pela Comissão Científica, para verificação da originalidade e possíveis incompatibilidades, bem como plágio, se considerados aprovados, são encaminhados a dois relatores doutores (consultores *ad hoc*). Os trabalhos serão enviados avaliação às cegas. No caso de pareceres contraditórios, haverá a submissão a um terceiro relator, para desempate.

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

O(s) autor (es), na qualidade de titular (es) do direito autoral do artigo submetido à publicação, de acordo com a Lei nº. **9610/98**, concorda(m) em ceder os direitos de publicação à Revista Cadernos de Pesquisa *Campus V* e autoriza(m) que o mesmo seja divulgado gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, para fins de leitura, impressão e/ou download pela Internet, a partir da data da aceitação do artigo pelo corpo editorial da Revista.

ENVIO DE ARTIGOS

pesquisa.campusv@gmail.com

SUMÁRIO

TUBERCULOSE EM VOGA EM CRIANÇA	5
SAÚDE ÓSSEA DO IDOSO: PREVENÇÃO DA OSTEOPOROSE	9
PARTO NATURAL HUMANIZADO: DIRECIONADO AO BEM ESTAR DA GESTANTE.	14
O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM TUBERCULOSE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
DIABETES MELLITUS: A DOENÇA DO SÉCULO XXI	28
ATENÇÃO AO CLIENTE COM PREDISPOSIÇÃO DE RISCO DO USO DE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS RELACIONADO À TROMBOSE	37
ANÁLISE DAS VANTAGENS DE UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL	42
A REFORMA PSIQUIÁTRICA	47
A INFLUÊNCIA DA MÍDIA NA ALIMENTAÇÃO INFANTIL	57
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM PACIENTES COM SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ ASSOCIADA AO ZIKA VÍRUS	61
TODOS CONTRA HPV	69

TUBERCULOSE EM VOGA EM CRIANÇA

**Adriano Alves de OLIVEIRA¹, Bruna de Mendonça Vieira ALVES¹,
Fernanda Inocencio da Silva GUIMARÃES¹, Nathalia Oliveira Pereira da MATA¹, Fernanda de Medeiros
Costa Lannes BARROSO², André Silva de SOUZA² & Filipe Meneguelli BONONE²**

¹ Discentes da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

² Docente da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

RESUMO

O câncer de mama é o câncer que mais acomete mulheres em todo o mundo, totalizando 25% de todos os tipos de câncer diagnosticado em mulheres. Essa estimativa pode ser explicada pelo aumento da expectativa de vida da população e a exposição a fatores de risco. Este estudo se apresenta de forma qualitativa através de estudo exploratório em artigos da biblioteca virtual, buscando condições que contribuam para a definição e planejamento das ações de enfermagem, que tem por objetivo orientar mulheres sobre o diagnóstico precoce e prevenção primária do câncer de mama, melhorando sua qualidade de vida, para que possam enfrentar de forma eficaz os efeitos negativos desse terrível agressor, tanto na vida social, como no meio familiar e na relação conjugal. Entendemos que os profissionais de enfermagem precisam se envolver de forma efetiva com programas de educação em saúde que incentivem o rastreamento em mulheres ainda assintomáticas para diminuir a incidência desta morbidade que pode evoluir levando-a até a morte. O objetivo da pesquisa é realizar ações de enfermagem com vistas a orientar mulheres sobre o diagnóstico precoce e prevenção primária do CA de mama, para que possam obter um enfrentamento eficaz diante da suspeita ou diagnóstico desse terrível agressor.

Palavras chaves: Câncer de mama; fatores de risco; rastreamento.

ABSTRACT

Breast cancer is the cancer that most affects women worldwide, totaling 25% of all cancers diagnosed in women. This estimate can be explained by the increase in the life expectancy of the population and the exposure to risk factors. This study is presented in a qualitative way through an exploratory study in articles of the virtual library, searching for conditions that contribute to the definition and planning of nursing actions, whose objective is to guide women about the early diagnosis and primary prevention of breast cancer, improving Their quality of life, so that they can effectively face the negative effects of this terrible aggressor, both in social life, in the family environment and in the marital relationship. We understand that nursing professionals need to be effectively involved with health education programs that encourage screening in still asymptomatic women to decrease the incidence of this morbidity that can evolve leading to death. The objective of the research is to perform nursing actions aimed at guiding women about the early diagnosis and primary prevention of CA in the breast, so that they can get an effective confrontation in the face of the suspicion or diagnosis of this terrible aggressor.

Key words: Breast cancer; risk factors; tracking.

1 Introdução

O câncer de mama (CA de mama) é o câncer que mais frequente em mulheres em todo mundo, tanto em países desenvolvido quanto em países em desenvolvimento e vem apresentando um crescimento em sua incidência e mortalidade.

Segundo o Instituto Oncoguia (2014), cerca de 1, 67 milhões de casos novos dessa neoplasia foram esperados em 2012, totalizando 25% de todos os tipos de câncer diagnosticado nas mulheres. Isso pode ser explicado pelo aumento da expectativa de vida da população e maior exposição a fatores de risco durante a vida da mulher, sendo assim o CA de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. Um dado significativo é que a cada ano cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama.

Suas taxas de incidência variam entre as diferentes regiões do mundo, sendo a maior causa de morte por câncer nas mulheres de todo mundo, com cerca de 520 mil mortes estimadas por ano. Nos países desenvolvidos ocupa o segundo lugar de morte por câncer, atrás somente do câncer de pulmão (INSTITUTO ONCOGUIA, 2014).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2015),

[...] a estimativa para 2014 e 2015 foi que seriam diagnosticados 57.120 novos casos de câncer de mama no Brasil com um risco estimado de 56,09 casos a cada 10 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma. O câncer de mama é o tipo mais frequente nas mulheres da região Sudeste (71,18\100 mil), Sul (70,98\100 mil), Centro Oeste (51,30\100 mil) e Noroeste (36,74 mil). Na região Norte é o segundo tumor mais incidente (21,29\100mil).

Segundo o Instituto Oncoguia (2016), “apesar de ser considerado relativamente de bom prognóstico, se diagnóstico e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, pois é diagnosticado em estágio avançado”

A prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível devido à variação dos fatores de risco e às características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia. Até o momento, o exame clínico das mamas em mulheres a partir de 40 anos é a mamografia, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, é recomendada como método efetivo para detecção precoce. Nesse sentido, é de suma importância projetos que objetivam o rastreamento do câncer de mama.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o rastreamento seja feito em: uma doença que tenha sério impacto na saúde pública, tanto pela frequência quanto pela mortalidade; que tenha tratamento disponível; que os exames sejam aceitos pela população; e que esteja estabelecida a eficácia do rastreamento na morbidade e mortalidade. O CA de mama atende tais condições e seu rastreamento se baseia no autoexame mamário, exame clínico das mamas e mamografia.

Essa neoplasia é considerada esporádica, ou seja, sem associação com o fator hereditário e representa mais de 90% dos casos de CA de mama em todo mundo. Dados clínicos, epidemiológicos e experimentais têm demonstrado que o risco de desenvolvimento de CA de mama esporádico está fortemente relacionado à produção de esteróides sexuais.

Condições endócrinas moduladas pela função ovariana, como a menarca precoce, menopausa tardia e gestação, assim como a utilização de estrógenos exógenos, são componentes relevantes do risco de desenvolvimento do câncer de mama. Em sinergismo com os fatores hormonais, estudos observacionais indicam que o comportamento humano relacionado ao estilo de vida, o que inclui modificações na dieta e na atividade física, podem contribuir para o aumento da incidência do câncer de mama em todo o mundo.

Segundo o INCA (2016)

A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer, sendo conhecida algumas vezes como down-staging. Nessa estratégia, destaca-se a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde.

Desta forma, este estudo tem como parâmetro inicial de pesquisa, identificar ações de enfermagem, através de um estudo quantitativo de revisão literária, que possam oferecer um enfrentamento eficaz à mulher quando há um diagnóstico de CA de mama, contribuindo para definição de ações que auxiliem no diagnóstico precoce, na melhor qualidade de vida das pacientes e acreditar e lutar pela cura através do tratamento cirúrgico com quimioterápico.

2 Materiais e Métodos

A proposta em discussão tem por pretensão utilizar uma abordagem qualitativa através do estudo exploratório, por meio de fontes impressas e eletrônicas, que será materializado em pesquisas de bibliografias de autores a fins da temática abordada. Este estudo envolve pesquisas bibliográficas, leitura, artigos científicos e revistas retirados do Google acadêmico, no Scientific Electronic Library Online (SCIELO), e no Banco de Dados de Enfermagem (BDENF) selecionados na Biblioteca Virtual de Saúde e livros, leis e decretos, que se relacionassem à temática abordada, visando uma grande gama de informações que atendam nosso objetivo proposto, com a proposta de fundamentar o tema escolhido considerando a real situação desta epidemia visando selecionar conteúdo que dará base a pesquisa.

3 Resultados e Discussão

O CA de mama se apresenta de forma silenciosa, porém agressiva quando não se é diagnosticado de forma precoce. Mesmo assim as mulheres não tem se preocupado com essa morbidade, e muitas acabam recebendo o diagnóstico tardio, e pelo atraso em iniciar o tratamento acaba comprometendo o prognóstico.

Segundo os estudos realizados através da revisão literária a incidência de câncer de mama se mantém elevada, por falta de acessibilidade das mulheres às informações sobre os exames de rastreio, o que está totalmente relacionado também aos aspectos socioeconômicos, que é fator importante na detecção precoce do CA de mama.

Ficou claro nesse estudo, segundo o INCA (2016), que

[...] risco elevado de câncer de mama inclui: história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos ou de câncer bilateral ou de ovário em qualquer idade; história familiar de câncer de mama masculino; e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

No Brasil, segundo as “Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama” (2015), a mamografia é o método preconizado para rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher. A mamografia é o único exame cuja aplicação em programas de rastreamento apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade do CA de mama e é recomendada para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos.

No que diz respeito às intervenções de enfermagem e terapêuticas adotadas para o tratamento e recuperação da mulher com CA de mama, identificamos que atualmente as intervenções menos agressiva onde há a preservação da mama é uma condição favorável onde permite que ela enfrente com mais determinação e menos constrangimento frente à família e ao parceiro, porem a conservação da mama, em casos mais avançados quando já se observa invasão da pele se torna contraindicada.

4 Conclusão

Consideramos CA de mama umas doenças que, mas apresenta dificuldade e mudanças no estilo de vida e sentimental das mulheres devido as grandes modificações no corpo, no relacionamento social de autoestima.

Entendemos que diante desse terrível agressor se torna importante a viabilização de ações de enfermagem com a assistência voltada para a qualidade de vida, permitindo que no período de aceitação e adaptação de seu estado de saúde, a mulher tenha acompanhamento em grupo de apoio com profissionais preparados a identificar ações de enfrentamento para essa fase que é cheia de incertezas.

No âmbito familiar proporcionar condições que essa mulher consiga ser entendida de uma forma que vai muito além de sua doença, pois o que precisa estar em foco são todos seus sentimentos, dificuldade e angustias no que diz respeito a doença.

Sendo assim, entendemos que se fazem necessárias as ações de enfermagem educativas voltadas para as políticas de atenção integral à saúde da mulher que possibilite as mesmas ter conhecimentos sobre a detecção precoce do CA de mama, bem como conhecer os exames de rastreio, atuando de forma determinante para a diminuição dessa neoplasia que é mutilante e muitas vezes a conduz a morte.

A enfermagem deve atuar no enfrentamento deste terrível agressor à vida da mulher, promovendo a ela saúde e qualidade de vida.

5 Referências

AZEVEDO E SILVA, Gulnar *et al.* Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.30, n.7, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1537.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

GOBBI, Helenice. Classificação dos tumores da mama: atualização baseada na nova classificação da Organização Mundial da Saúde de 2012. **J. Bras. Patol. Med. Lab.** [online]. v.48, n.6, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpm/v48n6/v48n6a13.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO ONCOGUIA. Brasil. **Principais Dados Estatísticos sobre o Câncer de Mama**. Equipe Oncoguia, 2014. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/principais-dados-estatisticos-sobre-o-cancer-de-mama/6562/34/>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

KLUTHCOVSKY, Ana Claudia Garabeli Cavalli; URBANETZ, Almir Antonio Lara. Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online], v.34, n.10, 2012., Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012001000004>. Acesso em: 04 abr. 2016.

NASCIMENTO, Simony Lira do; OLIVEIRA, Riza Rute de; OLIVEIRA, Mariana Maia Freire de e AMARAL, Maria Teresa Pace do. Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia

por câncer de mama: estudo retrospectivo. **Fisioter. Pesqui.** [online]. v.19, n.3, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v19n3/a10v19n3.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

ROSA, Luciana Martins da; RADUNZ, Vera. Taxa de sobrevida na mulher com câncer de mama: estudo de revisão. **Texto contexto - enferm.** [online]. v.21, n.4, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/31.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2106.

SANTOS, Daniela Barsotti; SANTOS, Manoel Antônio dos e VIEIRA, Elisabeth Meloni. Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Saude soc.** [online]. v.23, n.4, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401342>. Acesso em: 21 mar. 2106.

SILVA, Gulnar Azevedo e *et al.* Modos de vida entre pessoas que tiveram câncer no Brasil em 2013. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.21, n.2, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0379.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2106.

SOARES, Leonardo Ribeiro; FREITAS-JUNIOR, Ruffo and OLIVEIRA, José Carlos. A detecção precoce do câncer de mama e o impacto do rastreamento mamográfico nas taxas de sobrevida. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.20, n.10, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003285>. Acesso em: 21 mar. 2106.

SOARES, Priscila Bernardina M. *et al.* Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2012, v.15, n.3, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300013>. Acesso em: 10 mar. 2106.

TIEZZI, Daniel Guimarães. A busca pela cura do câncer de mama: deveríamos começar tudo de novo? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. v.36, n.6, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n6/0100-7203-rbgo-36-06-00235.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2106.

SAÚDE ÓSSEA DO IDOSO: PREVENÇÃO DA OSTEOPOROSE

Camila da Silva ABREU¹, Kizzani Mandella Silva RIBEIRO¹, Lara dos Santos SOUSA¹, Laura Maria de PAULA¹, Natacha Carneiro VICENTE¹, Fernanda de Medeiros Costa Lannes BARROSO² & Renan Modesto MONTEIRO²

¹ Discentes da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

² Docente da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

RESUMO

A osteoporose é uma doença osteometabólica mais frequente no idoso, que predispõe o idoso a sofrer quedas e fraturas, gerando incapacidade funcional e uma consequente redução da qualidade de vida. Objetivou-se, neste estudo, através de uma revisão bibliográfica, descrever sobre a relação entre consumo de cálcio e a saúde óssea, ressaltando formas de prevenir e tratar a osteoporose através de aspectos nutricionais, mostrando a importância da alimentação e a prática da atividade física, quando exercitado frequentemente e por meio de programas qualificados, resultam efeitos positivos para o remodelamento ósseo, diminuindo a detrimento de massa óssea e, em muitos casos, aumentando sua estrutura. O objetivo da pesquisa é identificar as causas, promover prevenção e tratamento da osteoporose, incluir ações a serem desenvolvidas para idosos com a patologia referenciada, evidenciar a importância da prevenção da osteoporose.

Palavras chaves: Osteoporose, Prevenção e Terceira Idade.

ABSTRACT

Osteoporosis is a more frequent osteometabolic disease in the elderly, which predisposes the elderly to suffer falls and fractures, generating functional disability and a consequent reduction in the quality of life. The objective of this study was to review the relationship between calcium intake and bone health by presenting a bibliographical review highlighting ways to prevent and treat osteoporosis through nutritional aspects, showing the importance of eating and practicing physical activity. When exercised frequently and through qualified programs, have positive effects for bone remodeling, reducing the detriment of bone mass and, in many cases, increasing its structure. The objective of the research is to identify the causes, to promote prevention and treatment of osteoporosis, to include actions to be developed for the elderly with the referenced pathology, to highlight the importance of the prevention of osteoporosis.

Key words: Osteoporosis, Prevention and Elderly.

1 Introdução

Entende-se por envelhecimento a ação caracterizada por mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que acontecem no decorrer dos anos vividos. Osteoporose é um distúrbio ósseo caracterizado pela redução da massa óssea e desgaste da microarquitetura do tecido ósseo, sem mudanças significativas da dimensão entre a fase mineral e não mineral da matriz, ocasionando um aumento da fragilidade óssea e um aumento do risco de fratura. A Sociedade Brasileira de Osteoporose estima, considerando o último censo do IBGE, que existem 5,5 milhões de brasileiros com osteoporose, sendo a maior parte mulheres acima de 50 anos e na menopausa. A doença é responsável por deixar os ossos menos densos e mais frágeis e mais propensos a fraturas. Apesar de ser mais frequente em mulheres por conta da diminuição

progressiva do nível de estrogênio, atinge ambos os sexos, tendo prognóstico mais reservado no homem, e com maior incidência em pessoas idosas.

Pessoas mais jovens absorvem mais cálcio do que as pessoas mais velhas, principalmente as pessoas maiores de 70 anos de idade.

A osteoporose pode ser classificada como primária, e secundária subdividida em tipos I e II. Na osteoporose primária do tipo I, também conhecida por tipo pós-menopausa, há rápida perda óssea e acontece na mulher recém menopausa. A do tipo II, ou senil, está relacionada ao envelhecimento e surge pela deficiência crônica de cálcio, aumento da atividade do paratormônio e diminuição da formação óssea.

De acordo com Souza (2010), a suplementação de cálcio é um fator de muita importância em todo o processo de luta contra a osteoporose, sendo necessário a ingestão de até 1.500mg de cálcio por dia já que, de 100 a 300mg por dia são excretados através da diurese. O cálcio também tem como característica positiva, a estimulação da osteogênese através dos osteoblastos (SOUZA, 2010). Fisiologicamente o osso é consecutivamente depositado por osteoblastos e absorvido nos locais onde os osteoclastos permanecem ativos. Normalmente, a não ser nos ossos em crescimento, há estabilização entre deposição e absorção óssea; na osteoporose existe desproporção entre atividade osteoblástica e osteoclástica, com predomínio da última.

Outro elemento essencial ao combate à osteoporose é a vitamina D, porque ela é responsável pela absorção intestinal de cálcio sendo este processo menos ativo em idosos (WANNMACHER, 2004). A associação de cálcio e vitamina D talvez seja o fator fundamental nas estratégias que previnem fraturas osteoporóticas.

Os riscos que induzem a manifestação da osteoporose podem ser relativos à pessoa (individuais) ou do ambiente que ela vive (ambientais).

São considerados fatores de risco individuais, histórico familiar de osteoporose, mulheres de pele branca, presença de escoliose, indivíduos magros, tipo constitucional pequeno e aparecimento prematuro de cabelos brancos.

Representam fatores ambientais o álcool e o cigarro (inibidores da multiplicação dos osteoblastos); cafeína (aumenta excreção de cálcio); ociosidade, má nutrição, dieta rica em fibras, proteínas e sódio (diminuem a absorção de cálcio); nuliparidade; amenorréia por exercícios; menopausa precoce e endocrinopatias e, uso de corticóides.

Os sintomas da doença podem variar de pessoa para pessoa, porém quando estes aparecem à doença já se encontra em um grau bem elevado (MENDES, 2009). Geralmente a osteoporose é pouco sintomática e às vezes se manifesta por uma fratura. A dor lombar é queixa comum, e o espasmo muscular é a principal causa dos sintomas, que também podem ser através de pequenas fraturas; em muitos casos, é consequente a uma fratura por compressão.

O diagnóstico da osteoporose é feito pela história clínica, exame físico e exames subsidiários que são os exames laboratoriais e de imagem. No diagnóstico por imagens, utilizamos as Radiografias e a Densitometria Óssea.

A radiografia é um método fidedigno para avaliar a presença de fraturas, é importante, ainda na avaliação de alterações degenerativas que podem superestimar a densidade mineral óssea lombar, como osteofitose e calcificação da aorta.

A densitometria óssea é ainda o exame mais importante no diagnóstico de osteoporose, a *National Osteoporosis Foundation* (NOF) recomenda que todos os homens e mulheres façam o exame antes dos 65 anos. Entre idosos, a densidade mineral óssea apresenta diferenças significativas na associação com risco de fratura, a densidade mineral óssea lombar (L1-L4) apresenta perda de especificidade progressiva e diretamente proporcional à idade, por alterações degenerativas, e pouco, no que se refere ao risco de fraturas. O melhor preditor para fratura é a densidade mineral óssea de fêmur proximal (colo ou *neck*)⁵.

Os marcadores da reabsorção óssea urinários (N-telopeptídeo, deoxipiridinolina) e marcadores de formação óssea, dosados no sangue (osteocalcina, pró-colágeno tipo I, fração

óssea da fosfatase alcalina) têm valor restrito no diagnóstico de osteoporose, devendoser utilizado para seguimentos terapêutico. Recomenda-se dosagem rotineira do cálcio ionizado, para detecção de distúrbios do metabolismo de cálcio.

Qualquer forma de tratamento visa diminuir a chance de fratura e não exclusivamente aumentar a densidade mineral óssea. A combinação de intervenções seria o mais correto. As medidas higieno-dietéticas como cessar tabagismo, reduzir consumo de álcool, aperfeiçoar ou recomendar a troca de medicamentos que possam intervir no metabolismo ósseo, aumentar a ingestão de cálcio, fazer reposição hormonal e fazer exercícios contra a gravidade são algumas das mudanças de hábito que devem ser orientadas a todos os pacientes. A necessidade diária de cálcio-elemento para um pode ser obtido por meio de leite e derivados, verduras verde-escuras (como couve e espinafre), ou por suplementação. Em indivíduo com função renal diminuída, a vitamina D deve ser prescrita na sua forma de metabólito ativo (calcitriol) 0,25 mg e 1 mg/dia. A atividade física ou a prática regular de exercícios físicos influenciam a manutenção das atividades normais ósseas, e por este motivo a atividade física vem sendo recomendada no tratamento da osteoporose. Dentre os vários tipos de exercícios físicos, destacam-se aqueles que causam impactos e/ou tração óssea, pois podem aumentar a densidade mineral óssea de 1% a 2% quando praticados regularmente. Aqueles de alto impacto ou de força intensa têm atuação ainda mais benéfica em relação à densidade mineral óssea de indivíduos saudáveis, pois minimiza a osteopenia comum ao aumento da idade e à diminuição dos esteróides sexuais. Ocarino e Serakides (2006) afirma que o exercício é capaz de ativar a atuação dos osteoblastos e consequentemente aumentar o processo de osteossíntese provocando aumento da massa óssea.

2 Materiais e Métodos

Trata-se de uma revisão bibliográfica de natureza descritiva conduzida através de levantamentos da internet, através de artigos científicos. Utilizando-se como estratégias de busca, as bases de dados dos artigos científicos, provindos do Scielo (Scientific Electronic Library Online) LILACS, e PubMed.

3 Resultados e Discussão

A Osteoporose atualmente tem um avanço significativo nas taxas de doenças crônico-degenerativas na terceira idade, resultando na perda da independência funcional e na diminuição da qualidade de vida do idoso.

Aprender sobre as formas de prevenção da Osteoporose é forma de que se torna essencial para a qualidade de vida dos nossos idosos

4 Conclusão

Ficou evidente em relação aos artigos consultados e referenciados que a osteoporose é uma doença assintomática e de caráter sistêmico, sendo causa importante de mortalidade e morbidade devido à dependência funcional dos pacientes. Idosos, sexo feminino, cor de pele branca, são pessoas que estão mais susceptíveis à doença. No entanto o diagnóstico adequado e a prevenção em pacientes com os fatores de risco mencionados nesta pesquisa, são fundamentais para que se possa evitar a ocorrência de fraturas osteoporóticas. Os profissionais de saúde, cuidadores e familiares devem estar atentos à presença de características relacionadas a doença, e em especial no sentido de controle da Osteoporose. Considerando os estudos apresentados nesta pesquisa podemos afirmar que o exercício físico é dado como fator importante tanto na prevenção quanto no tratamento da osteoporose.

5 Referências

SANTOS, M. L; BORGES, G. F. Exercício físico no tratamento e prevenção de idosos com osteoporose: uma revisão sistemática. **Fisioter Mov.** 2010 abr/jun; 23(2): 289-99

RODRIGUES, I. G.I, BARROS, M. B. DE A. Osteoporose autorreferida em população idosa: pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo. **Rev bras epidemiol** abr-jun 2016; 19(2): 294-306

LEMOS, M. P.1*, NAKAOKA, V. Y. E. DA S2, KASHIWABARA3, T. G. B. osteoporose no idoso e fraturas de quadril. V.4, n.3, pp.45-48 (Set – Nov. 2013)

ANDRADE, S. da S, Filho, J. N. da S. Os efeitos do treinamento resistido na osteoporose: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, São Paulo. v. 9. n. 50. p.144-149. Mar./abril. 2015. ISSN 1981-9927.

JUNIOR M., LOPES W. A influência do exercício físico na prevenção e tratamentoda osteoporose em idosos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 6, n. 3, p. 487-494, set./dez. 2013 - ISSN 1983-1870

GALI, J. C. Osteoporose, **Acta OrtopBras** 9(2) - Abr/Jun, 2001, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v9n2/v9n2a07.pdf> Acessado em: 16/03/2017

SOUZA, M. P. G. de, Diagnóstico e tratamento da osteoporose, **Rev Bras Ortop.** 2010;45(3):220-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v45n3/v45n3a02.pdf> Acessado em: 16/03/2017.

Comissão de Doenças Osteometabólicas e Osteoporose. Osteoporose: **Cartilha para pacientes**, 2011. Disponível em: <http://www.reumatologia.com.br/PDFs/Cartilha%20osteoporose.pdf> Acessado em: 16/03/2017.

SANTOS M. L, BORGES G. F. Exercício físico no tratamento e prevenção de idosos com osteoporose: uma revisão sistemática. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 289-299, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n2/12.pdf> Acessado em: 16/03/2017.

OURIQUES, E. P. M. & FERNANDES, J. A Atividade Física na Terceira Idade: Uma forma de prevenir a osteoporose? **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.2, n.1, p, 53-59, 1997. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/1105/1302> Acessado em 16/03/2017.

SOARES, Leonardo Ribeiro; FREITAS-JUNIOR, Ruffo and OLIVEIRA, José Carlos. A detecção precoce do câncer de mama e o impacto do rastreamento mamográfico nas taxas de sobrevida. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.20, n.10, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003285>. Acesso em: 21 mar. 2106.

SOARES, Priscila Bernardina M. *et al.* Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. **Rev. bras. epidemiol.** [online].

2012, v.15, n.3, 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300013>. Acesso em: 10 mar. 2106.

TIEZZI, Daniel Guimarães. A busca pela cura do câncer de mama: deveríamos começar tudo de novo? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. v.36, n.6, 2014. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n6/0100-7203-rbgo-36-06-00235.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2106.

PARTO NATURAL HUMANIZADO: DIRECIONADO AO BEM ESTAR DA GESTANTE

Antony Matheus de Castro TORRES¹, Elessandro de Souza MARTINS¹, Erica de Andrade SILVA¹, Layza Cardoso MOREIRA, Fernanda de Medeiros Costa Lannes BARROSO², Luis Fernando Gonçalves de CASTRO² & Filipe Meneguelli BONONE²

¹ Discentes da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

² Docente da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

RESUMO

O parto no decorrer das décadas passa por diversas transformações, com a evolução tecnológica é transferido do ambiente familiar para o âmbito hospitalar. A mulher e seu bebê passa a ser paciente. Este estudo tem como finalidade divulgar dados sobre o quão é recorrente a violência obstétrica no Brasil e dar luz ao parto humanizado. Fornecendo informações que favoreçam a promoção de um parto humanizado, saudável e sem procedimentos desnecessários. Trata-se de revisão de literatura, do tipo descritivo exploratória, contando com o apoio da equipe de enfermagem. O termo humanização vem sendo cada vez mais discutido, onde se destaca a necessidade da melhoria do acesso e da qualidade do atendimento no parto. O objetivo da pesquisa é abordar um assunto pouco divulgado no Brasil e mostrar como são recorrentes os casos de violência obstétrica, divulgar o programa do governo federal criado para combater violência obstétrica. Divulgar informações sobre o quão é recorrente a violência obstétrica no Brasil.

Palavras chaves: parto; gestante; humanizado.

ABSTRACT

The delivery over the decades goes through several transformations, with the technological evolution is transferred from the familiar environment to the hospital scope. The woman and her baby become patient. This study aims to disseminate data on the recurrence of obstetric violence in Brazil and give light to humanized delivery. Providing information that favors the promotion of a humanized, healthy and without unnecessary procedures. This is a literature review, exploratory descriptive type, counting on the support of the nursing team. The term humanization has been increasingly discussed, highlighting the need to improve access and quality of delivery care. The objective of the research is to address a subject rarely divulged in Brazil and to show how recurrent cases of obstetric violence are, to publicize the federal government program created to combat obstetric violence. Disseminate information about the recurrence of obstetric violence in Brazil.

Key words: childbirth; pregnant; Humanized.

1 Introdução

O parto humanizado é um conceito, onde a mulher é ouvida e respeitada, assim como o seu tempo e o tempo do bebê. E no caso de algum desejo da mulher não poder ser atendido, os profissionais que estão assistindo-a irão explicar o porquê, qual intervenção é necessária e ela dará seu consentimento. Existe há 17 anos no Brasil, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, criado pelo Ministério da Saúde, a fim de garantir às mulheres todos os seus direitos

no ciclo gravídico puerperal. A necessidade de se criar um programa voltado para a humanização do parto, seja ele vaginal ou cesáreo, veio devido ao grande número de mulheres que relataram sofrer violência obstétrica e de estudos feitos em maternidades com números alarmantes de uso abusivo de tecnologias duras no parto vaginal, cesáreas desnecessárias, uso indevido de ocitocina, discriminação social, violência verbal e negligência na assistência. Existem dois grupos de mulheres que buscam um parto natural e mais humanizado: as mulheres que, em partos anteriores sofreram violência obstétrica e o outro são mães mais conscientes e bem informadas.

O controle da violência obstétrica na assistência ao parto consiste em um desafio, tendo em vista a sua invisibilidade e não reconhecimento como violação dos direitos humanos. No parto humanizado, o bem-estar da parturiente e do bebê são colocados em primeiro lugar. A mulher tem autonomia para decidir como quer parir. Ela escolhe a melhor posição e tem apoio da equipe médica e de enfermagem para se movimentar, comer, beber, tomar banho. Pode reduzir a luminosidade do ambiente, ouvir músicas e contar com o suporte do esposo ou de outras pessoas, como a doula (mulher que presta o serviço de assistência à parturiente).

O trabalho dos envolvidos é garantir que ela esteja em um ambiente seguro, acolhedor e tranquilo que favoreça a essa mãe e seu filho ou filha o total bem-estar, saúde e principalmente humanização.

Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal Em fevereiro de 2017 a Portaria no 353, de 14 de fevereiro de 2017, que aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal é publicada Pelo Ministério da Saúde. A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal é um esforço da Coordenação Geral de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde para a qualificação do modo de nascer no Brasil.

Este documento, em conjunto com Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, visa orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis.

Esta Diretriz foi elaborada por um grupo multidisciplinar, o Grupo Elaborador da Diretriz ou GED, composto por médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, médico neonatologista, médico anestesiológico e enfermeiras obstétricas, convidados pela CONITEC e pela Coordenação Geral da Saúde da Mulher (CGSM) do Ministério da Saúde.

Finalidade principal: esta Diretriz tem como finalidades principais: Sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal.

Objetivo específico: promover mudanças na prática clínica, uniformizar e padronizar as práticas mais comuns utilizadas na assistência ao parto normal; Diminuir a variabilidade injustificada de condutas entre os profissionais no processo de assistência ao parto; Reduzir intervenções desnecessárias no processo de assistência ao parto normal e consequentemente os seus agravos; Difundir e aumentar as melhores práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal; Fazer recomendações contra ou a favor de determinadas práticas sem, no entanto, substituir o julgamento individual do profissional, da parturiente e dos pais em relação à criança, no processo de decisão no momento de cuidados individuais.

A Quem Essa Diretriz Se Destina: essa diretriz deverá servir de referência e orientação para a assistência em: Mulheres em trabalho de parto com parto normal planejado (espontâneo ou induzido) entre 37 e 42 semanas de gestação com feto único, vivo e em apresentação cefálica; Gestantes com ruptura prematura de membranas no termo ou imediatamente antes do parto; Parturientes que apresentarem eliminação de mecônio imediatamente antes ou durante o trabalho de parto; Anormalidades ou complicações mais comuns encontradas na assistência ao trabalho

de parto e parto em todas as suas fases; Recém-nascido normal imediatamente após o parto e nas primeiras horas de vida. Recém-nascido imediatamente após o parto na presença de líquido meconial. Recém-nascido normal em alojamento conjunto e no momento da alta. Aleitamento materno e estímulo à amamentação.

As seguintes situações não serão cobertas pela Diretriz: mulheres em trabalho de parto prematuro (antes de 37 semanas de gestação); Manejo de outras anormalidades ou complicações do trabalho de parto e parto não constantes da diretriz; Mulheres com diagnóstico de morte fetal e/ou com complicações da gestação tais como desordens hipertensivas, diabetes, gravidez múltipla, restrição de crescimento fetal, apresentações anômalas, etc; Métodos e técnicas de indução do parto; Técnicas de parto vaginal operatório ou cesariana; Mulheres que necessitem de cuidados adicionais por infecção pelo HIV, herpes genital, estreptococo do grupo B ou outras infecções; Tratamento da hemorragia pós-parto.

Nas mulheres em trabalho de parto a termo, espontâneo ou induzido, com complicações da gestação tais como desordens hipertensivas, diabetes, gravidez múltipla, restrição de crescimento fetal, etc. também poderá servir de referência já que algumas práticas e intervenções podem ser semelhantes.

Para efeito dessa Diretriz entende-se como parto normal ou espontâneo aquele que não foi assistido por fórceps, vácuo extrator ou cesariana, podendo ocorrer intervenções baseadas em evidências, em circunstâncias apropriadas, para facilitar o progresso do parto e um parto vaginal normal, tais como: estimulação do trabalho de parto com ocitocina; Ruptura artificial de membranas; Alívio farmacológico da dor (peridural, opioides, óxido nitroso); Alívio não farmacológico da dor; Manejo ativo do terceiro período.

Profissionais/usuários da diretriz Audiência primária: Todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao parto tais como médicos obstetras, pediatras, neonatologistas, anesthesiologistas, generalistas; Enfermeiras obstétricas, obstetizes, enfermeiras assistenciais, técnicos de enfermagem, etc. Todos os profissionais em processo de treinamento envolvidos diretamente na assistência, tais como especializando e residentes de enfermagem obstétrica e neonatal, graduandos de obstetrícia e médicos residentes de obstetrícia, neonatologia e anesthesiologia.

Profissionais/usuários da diretriz Audiência secundária: todos os profissionais envolvidos indiretamente na assistência ao parto como: Fisioterapeutas, psicólogos, etc. Estudantes de graduação na prática de estágio curricular ou extracurricular envolvidos no processo de assistência ao parto; As mulheres, seus familiares ou representantes; Doulas, educadores perinatais, etc. (Ministério da Saúde 2016)

2 Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, de revisão de literatura onde foi realizada no Google Acadêmico, Scientific Slectronic Library, Scielo e Biblioteca virtual em saúde.

3 Resultados e Discussão

É muito comum no Brasil a existência de queixas de negligência e/ou violência por parte das gestantes que passam pelo procedimento do parto, vaginal ou cesáreo. Muitos profissionais indicam a cesárea por motivos financeiros e/ou praticidade no tempo cirúrgico de forma a atender uma grande demanda diária. Esclarecer e levar informação sobre uma situação tão recorrente e um assunto tão pouco divulgado.

4 Conclusão

O parto humanizado se bem acompanhado e conduzido beneficia tanto a mãe quanto o bebê. Nele, as vontades da puerperal e a fisiologia do corpo são respeitadas e é, justamente esse, o fio que conduz todo o trabalho de parto. As mulheres que optam pelo parto natural humanizado são mulheres mais experientes instruídas e com o poder aquisitivo mais elevado. Mesmo havendo programas e campanhas que combatam a violência obstétrica, ela ainda é muito recorrente em nosso país, principalmente nos grandes hospitais, onde a demanda de partos é maior. Existe a necessidade de o parto ser olhado com mais atenção e respeito pelos profissionais da saúde, e de toda a sociedade ter mais instrução e informação sobre o que pode ser considerada violência obstétrica. Por isso, torna-se imprescindível a qualificação da atenção à gestante, a fim de garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, de forma claramente informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde que a atende.

5 Referências

ANRADE, P. de O. N et al., Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.16 n.1, jan. Mar. 2016

FERRAZ, D. A. de S; Resistir para experimentar parir: corporalidade, subjetividade e feminismo entre mulheres que buscam o parto humanizado no Brasil. Botucatu, **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, vol.20, no.59, Oct./Dec. 2016

DINIZ et al., Abuso e desrespeito no atendimento ao parto como questão de saúde pública no Brasil: origens, definições, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, V.25, n.3, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 353, De 14 e fevereiro de 2017. **Diário oficial da união**. Seção 1, n 36, ISSN 1677-7042 pag 37. 20 de fevereiro de 2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal
Conitec Brasília DF Recomendações sobre as tecnologias avaliadas, Relatório 211 SAS/MS nº 365 março 2017

Franzin, A; Parto humanizado: quais as vantagens para mãe e bebê?, Empresa Brasil de Comunicação (EBC), Brasília/DF criado em: 23/09/14 09h25 e atualizado em: 05/12/14 09h55.

VIANA L. V. M.; FERREIRA K. M; MESQUITA M. do A. da S. B; humanização do parto normal: uma revisão de literatura, Teresina, **Revista Saúde em Foco**, v. 1, n. 2, art. 1, p. 134-148, ago. dez. 2014

SOARES, Leonardo Ribeiro; FREITAS-JUNIOR, Ruffo and OLIVEIRA, José Carlos. A detecção precoce do câncer de mama e o impacto do rastreamento mamográfico nas taxas de sobrevida. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.20, n.10, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003285>. Acesso em: 21 mar. 2106.

SOARES, Priscila Bernardina M. *et al.* Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2012, v.15, n.3, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300013>. Acesso em: 10 mar. 2106.

TIEZZI, Daniel Guimarães. A busca pela cura do câncer de mama: deveríamos começar tudo de novo? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. v.36, n.6, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n6/0100-7203-rbgo-36-06-00235.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2106.

O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM TUBERCULOSE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

André dos Santos FERREIRA¹, Lohayni Peixoto RAMOS¹, Nágela Ramos da SILVA¹, Sara da Silva VILELA¹, Fernanda de Medeiros Costa Lannes BARROSO², Tiago Pacheco Brandão RIBEIRO² & Filipe Meneguelli BONONE²

¹ Discentes da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

² Docente da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

RESUMO

A tuberculose é um agravo de grande importância para a saúde pública, demandando dos profissionais de saúde, desde o primeiro contato com o cliente na unidade de atenção primária à saúde, o acolhimento com uma abordagem e escutas qualificadas, centradas no cliente, bem como a realização dos procedimentos e ações que proporcionem o fortalecimento da longitudinalidade do cuidado e a otimização do tratamento. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica acerca das linhas de cuidados de enfermagem ao cliente diagnosticado com tuberculose mediante as recomendações das Secretarias de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e de Minas Gerais, não obstante a organização dos serviços em Redes de Atenção à Saúde (RAS) para que, de fato, a Atenção Primária seja o primeiro ponto de atenção e a porta aberta e preferencial para o usuário. A análise desse material possibilitou identificar, que para o cuidado, o acompanhamento e o tratamento do usuário acometido por tuberculose é necessária uma assistência integral por meio de uma equipe multiprofissional, a qual deverá estreitar o vínculo entre profissional/cliente pautado em uma relação de afetividade e confiança, empoderando o usuário para que este seja co-partícipe do processo de tratamento e cuidado além de aprofundar o vínculo terapêutico. O objetivo do projeto é descrever os Cuidados de Enfermagem ao cliente com tuberculose no âmbito da Atenção Primária à Saúde, demonstrar a importância da Rede de Atenção à Saúde para as ações de promoção e prevenção da tuberculose no âmbito da atenção primária à saúde, identificar os principais elementos que contribuem para que a tuberculose seja concebida como um problema social.

Palavras-chave: Tuberculose. Cuidados de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Tuberculosis is an important public health problem, requiring health professionals, from the first contact with the client in the primary health care unit, to the reception with a qualified client-centered approach and Carrying out the procedures and actions that provide for the strengthening of longitudinality of care and optimization of treatment. This is a bibliographic review study about the lines of nursing care to the client diagnosed with tuberculosis through the recommendations of the Health Secretariats of Rio de Janeiro and Minas Gerais, despite the organization of the services in Networks of Attention to the Health (RAS) so that, in fact, Primary Care is the first point of attention and the open and preferential door for the user. The analysis of this material made it possible to identify that for the care, follow-up and treatment of the patient affected by tuberculosis, an integral care is necessary through a multiprofessional team, which should narrow the link between professional / client based on a relationship of affectivity And trust, empowering the user to be a participant in the treatment and care process, in addition to deepening the therapeutic link. The objective of the project is to describe Nursing Care for clients with tuberculosis in Primary Health Care, to demonstrate the importance of the

Health Care Network for actions to promote and prevent tuberculosis in primary health care, to identify the Tuberculosis is conceived as a social problem

Key words: Tuberculosis. Nursing Care. Primary Health Care.

1 Introdução

Ao longo de sua evolução, o setor saúde foi resultante de fatos marcantes e características indispensáveis para a elaboração de políticas públicas voltadas à população. O movimento sanitário foi fator decisivo para que se criasse um sistema de saúde fundamentado em um arcabouço jurídico e legal instrumentalizado por fundamentos, princípios e diretrizes (CONASS, 2004).

O movimento sanitário contribuiu para a discussão de criação de um sistema que buscava tornar hegemônica a ideia de saúde como direito de cidadania em todo o território nacional segundo Teixeira (2003), e ainda que houvesse fundamentação legal acerca do tema.

Desse modo, o Sistema Único de Saúde (SUS) é resultante de embates teóricos e políticos que favoreceram o entendimento, a confirmação e a ampliação dos direitos dos cidadãos à saúde. Com a melhoria das condições de saúde dos cidadãos e a promoção do acesso ao sistema de saúde criou-se na década de 90 (noventa) o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual foi reconhecido como um instrumento de reorganização da atenção básica (ESCOREL, 2007).

Houve também a necessidade de se pensar em uma política nacional de atenção básica (PNAB) que reorientasse o modelo assistencial e readequasse as ações e os serviços de saúde da população de forma a conceber o território sanitário e as condições de vida como fatores inerentes ao ser humano (MATTA; MOROSINI, 2015).

A atenção básica consiste em um conjunto de ações e serviços de saúde, exercida por uma equipe multiprofissional, a qual combina técnicas e tecnologias a fim de tentar resolver e/ou minorar os danos e sofrimentos nos âmbitos individuais e coletivos, além de proporcionar que as ações tenham maior alcance, eficiência e eficácia. A Saúde da Família é concebida no âmbito da atenção básica como a estratégia prioritária para sua organização de acordo com princípios constitucionais da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) dispõe a participação popular e o controle social dentre várias responsabilidades das esferas de governo, sendo assim, fator essencial e decisivo para o planejamento estratégico situacional, a otimização das ações e afirmação da saúde como direito (BRASIL, 2012).

A Saúde da Família é uma estratégia prioritária do governo federal que têm como alguns atributos relacionados ao processo de trabalho: a atuação de uma equipe multiprofissional com responsabilidade sanitária pela população adscrita; o alcance de indicadores que reduzam, de fato, o número de internações por condições sensíveis; a realização de ações e serviços com maior qualidade e cada vez mais próximos das vidas das pessoas, contribuindo para o vínculo e a continuidade do cuidado, bem como o fortalecimento do controle social (BRASIL, 2012).

O conhecimento é um processo em permanente construção resultante da transformação dos dados em informação gerado a partir de um contexto de novas e velhas informações adquiridas (GUIZARDI, 2009).

Este processo não pode acontecer de forma individual e fragmentada no cotidiano assistencial dos profissionais que compõem a equipe de saúde da família (eSF), uma vez que a promoção do cuidado à saúde da população adscrita no domicílio, na unidade de saúde da família e/ou na comunidade é uma das atribuições comuns a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família (FERREIRA, 2005).

O enfermeiro deve se responsabilizar por ações constitutivas, as quais são voltadas à gestão, ao cuidado e à participação popular. Para a programação e a implementação de suas

ações de forma individual e coletiva, a equipe de saúde da família (eSF) deve realizar o planejamento estratégico situacional de acordo com a necessidade de saúde da população (BORBA, 2011).

A tuberculose é um agravo de importância epidemiológica e de grande impacto no setor saúde, uma vez que há cuidados e tratamentos específicos que, se não forem realizados em tempo oportuno, como as ações de promoção e prevenção aliadas ao diagnóstico precoce, contribuirão para o aumento da incidência e da prevalência da doença no tocante à morbimortalidade.

2 Materiais e Métodos

Segundo Rudio (2002), podemos definir a pesquisa como sendo um conjunto de atividades orientadas de maneira sistemática com o objetivo de buscar o conhecimento utilizando-se de métodos próprios e técnicas específicas.

Marconi & Lakatos (2010) reitera que a metodologia se constitui em um conjunto de atividades sistemáticas e racionais que, permite alcançar objetivo do estudo, traçando um caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista.

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica para o qual serão utilizados como fontes periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), bases referenciais de domínio público, sítios eletrônicos do Governo Federal, busca textual e comunidades acadêmicas, nas quais serão encontrados a temática abordada, visando uma vasta gama de informações que atendam os objetivos propostos.

3 Resultados e Discussão

A tuberculose é a doença infecto-contagiosa que mais mata jovens e adultos no mundo. Com o advento do HIV e da multidrogarresistência, essa morbidade corrobora novamente em um cenário preocupante.

A tuberculose tem deixado seu registro nas gerações e hoje se constitui, inexoravelmente, um excelente marcador epidemiológico da qualidade de vida dos povos. Mais que isso, essa enfermidade marca a necessidade de uma grande reflexão para uma articulação melhor e mais harmônica entre a prática clínica e a prática sanitária a fim de que possamos não somente ousar em dizer que curamos a doença, mas, que possibilitamos a reinclusão social dos nossos pacientes.

O problema da tuberculose, no Brasil, reflete o estágio de desenvolvimento social do país, em que os determinantes do estado de pobreza, principalmente nos bolsões de miséria da periferia das grandes cidades, e as fraquezas da organização do sistema de saúde inibem a queda sustentada dessa doença.

Observando o comportamento da transmissão da doença e as características individuais associadas à tuberculose, é possível entender porque a tuberculose é um problema social. Os principais elementos que contribuem para isso são: Renda familiar baixa, Educação precária, entre outros. Assim, pode-se inferir quais os locais no espaço urbano que têm alto potencial de reprodução da endemia de tuberculose que seriam favelas, mocambos, alagados, invasões, populações agrupadas em calamidades públicas, populações que vivem em ambientes socialmente fechados.

Seus principais sintomas são: febre vespertina, fadiga, tosse crônica com catarro ou sangue por um período de 7 dias ou mais. O tratamento e cura disponível são atualmente considerados uma emergência mundial pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A educação em saúde é também estratégia fundamental, pois alia a aquisição de informações e aptidões básicas com o senso de identidade, autonomia, solidariedade e

responsabilidade do indivíduo com a sua própria saúde e a da comunidade. A maneira de tratar o usuário assegura o sucesso do tratamento.

Como fatores para o sucesso de qualquer tratamento, podemos apontar a adesão ao tratamento, a regularidade do uso da medicação, a completude do regime prescrito e o comparecimento às consultas com regularidade. O bom desempenho da equipe multidisciplinar de saúde é estratégico para a adesão do paciente ao tratamento, a fim de identificar fatores que poderiam incorrer em risco de abandono, quer por razões ligadas ao próprio paciente ou às condições ambientais ou sociais em que esse vive.

A assistência ao usuário sintomático respiratório suspeito de portar o bacilo da tuberculose ou sabidamente enfermo se baseia na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação da doença. O adequado acompanhamento desse indivíduo é fundamental para o êxito esperado, que é o controle da tuberculose.

A captação precoce de casos compreende tanto os métodos de diagnóstico como as ações organizadas para operacionalizá-los, envolvendo os serviços e a comunidade. Essas ações estão voltadas para os grupos com maior probabilidade de apresentar tuberculose, quais sejam: sintomáticos respiratórios (pessoas com tosse e expectoração por três semanas ou mais); contatos de casos de tuberculose; suspeitos radiológicos; pessoas com doenças e/ou em condição social que predisponham à tuberculose. Os contatos, definidos como toda pessoa, parente ou não, que coabita com um doente de tuberculose, constituem-se em um grupo para o qual se recomenda uma atitude de busca ativa, para a captação precoce.

Os locais ideais para se organizar a procura de casos são os serviços de saúde, públicos ou privados. Nessas instituições – Unidades Programas da Saúde de Família (PSF), centros de saúde, ambulatórios e hospitais – realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios deve ser uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde.

Nas áreas onde as ações já estão organizadas, a visita domiciliar periódica do agente de saúde deve incluir a detecção de casos entre sintomáticos respiratórios e contatos, principalmente de casos bacilíferos e crianças. Quando necessário, deve-se referenciá-los ao serviço de saúde. Assim sendo, o usuário deve idealmente encontrar ou mesmo ser um colaborador na construção de uma assistência organizada que garanta, com uma avaliação de risco adequada, um ágil acesso ao serviço de saúde.

Atenção especial deve ser dada a populações de maior risco de adoecimento, representadas, sobretudo por residentes em comunidades fechadas, como presídios, manicômios, abrigos e asilos. Nessas comunidades, justifica-se a busca ativa periódica de casos. Indivíduos das categorias alcoólicos, usuários de drogas, mendigos, trabalhadores de saúde e outros em situações especiais em que haja contato próximo com paciente portador de tuberculose pulmonar bacilífera são também prioritários para essa ação.

Também incluem-se nessa categoria os imunodeprimidos por uso de medicamentos ou por doenças imunossupressoras. A tuberculose pulmonar é a forma clínica mais comum. As formas extrapulmonares mais frequentes são pleural, ganglionares e meníngea. Entre outras características, destacamos as seguintes que o profissional necessariamente tem de computar no seu raciocínio: idade, estado imunológico e nutricional e doenças intercorrentes. A tuberculose é uma doença que atinge principalmente as pessoas na idade produtiva entre 15 e 59 anos, tendo características distintas segundo as faixas de idade. Entre 15 e 29 anos, ela reflete a tuberculose primária de pessoas recém-infectadas e, portanto, quando ela tem elevados índices, há uma grande possibilidade de haver muitas fontes de infecção na região.

Algumas considerações importantes que devem ser levadas em conta para o diagnóstico de Tuberculose (TB):

1. A tuberculose se manifesta por uma síndrome infecciosa de curso crônico, com febre baixa, geralmente vespertina.

2. É uma doença que consome, debilitando e emagrecendo as pessoas.
 3. Sudorese noturna, adinamia e hiporexia podem ser encontradas.
 4. A mais freqüente localização é pulmonar e a tosse com expectoração por mais de 3 semanas é um sintoma importante, que pode evoluir para escarros sangüíneos e hemoptise.
 5. Nas formas extrapulmonares, o quadro clínico varia conforme a localização e a gravidade do caso.
 6. A forma extrapulmonar mais prevalente, a pleural, pode se apresentar com quadro agudo de dor torácica e febre, que freqüentemente é confundido com quadro pneumônico.
 7. As formas primárias atingem as crianças, sendo uma doença muito comum na faixa de 15 aos 50 anos.
 8. Contatos com pessoas recém-tratadas para tuberculose ou que tiveram a doença nos últimos dois anos são significativos.
 9. Idosos, diabéticos e pessoas infectadas pelo vírus HIV têm maior probabilidade de adoecer por tuberculose. (Afirmção válida para regiões com alta prevalência de tuberculose).
- A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2006) define como cuidados de enfermagem essenciais ao cliente com tuberculose:
- Identificar os sintomáticos respiratórios entre as pessoas que procuram as unidades básicas de saúde, nas visitas domiciliares ou mediante os relatos dos ACS;
 - Solicitar baciloscopia dos sintomáticos respiratórios para diagnóstico (duas amostras);
 - Orientar quanto à coleta de escarro;
 - Identificar, no pote, o nome do paciente;
 - Fornecer o pote para a coleta do escarro;
 - Enviar a amostra ao laboratório;
 - Aplicar a vacina BCG. Caso não tenha capacitação para tal, providenciar junto ao gestor da UBS a sua capacitação em outra unidade de saúde;
 - Fazer teste tuberculínico. Caso não tenha capacitação para tal, encaminhar para a unidade de referência;
 - Realizar consulta de enfermagem mensal (conforme programação de trabalho da equipe);
 - Notificar o caso de tuberculose que vai iniciar tratamento;
 - Convocar os comunicantes para investigação;
 - Orientar como usar a medicação; se necessário dispensar a medicação e esclarecer as dúvidas dos doentes, desmitificando os tabus e estigmas;
 - Programar os quantitativos de medicamentos necessários ao mês, para cada doente cadastrado na unidade básica de saúde, de forma a assegurar o tratamento completo de todos;
 - Solicitar exame de escarro mensal (pelo menos aos 2, 4 e 6 meses para os doentes em uso dos esquemas básico e básico + etambutol) para acompanhar o tratamento dos pulmonares bacilíferos;
 - Identificar reações adversas dos medicamentos e interações medicamentosas;
 - Transferir o doente da unidade básica de saúde, quando necessário, com a ficha de referência e contra-referência devidamente preenchida;
 - Encaminhar o doente para uma unidade de referência, quando necessário;
 - Agendar consulta extra, quando necessário;
 - Fazer visita domiciliar para acompanhar o tratamento domiciliar e supervisionar o trabalho do ACS;
 - Realizar ações educativas junto à clientela da UBS e no domicílio;
 - Convocar o doente faltoso à consulta. Planejar visita domiciliar;
 - Convocar o doente em abandono de tratamento. Planejar visita domiciliar;
 - Preencher o Livro de Registro e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose na UBS;

- Atualizar os critérios de alta, verificando que a “alta por cura comprovada” foi substituída por “alta por cura”, e que a “alta”;
- Acompanhar a ficha de supervisão do tratamento preenchida pelo ACS;
- Fazer, juntamente com a equipe, a análise de coorte trimestral;
- Manter a ficha do SIAB (B-TB) atualizada;
- Planejar, juntamente com a equipe e coordenação municipal, estratégias de controle da tuberculose na comunidade.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM TUBERCULOSE PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

De acordo com o Ministério da Saúde (2017) são atribuições específicas dos profissionais de Atenção Básica/Saúde da Família no controle da tuberculose (BRASIL, 2008), Enfermeiro:

- Identificar os sintomáticos respiratórios.
- Realizar assistência integral às pessoas e famílias na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.
- Orientar quanto à coleta de escarro.
- Administrar a vacina BCG.
- Realizar a prova tuberculínica. Caso não tenha capacitação para tal, encaminhar para a unidade de referência.
- Realizar consulta de enfermagem, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.
- Solicitar exames (BAAR, raio-X de tórax, cultura, identificação e teste de sensibilidade para BK, prova tuberculínica), além do teste HIV sob autorização e aconselhamento, iniciar tratamento³ e prescrever medicações (esquema básico de TB), observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.
- Convocar os contatos para investigação.
- Orientar pacientes e familiares quanto ao uso da medicação, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus e estigmas.
- Convocar o doente faltoso à consulta e o que abandonar o tratamento.
- Acompanhar a ficha de supervisão da tomada de medicação preenchida pelo ACS.
- Realizar assistência domiciliar, quando necessária.
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, técnicos e auxiliares.
- Orientar os auxiliares e técnicos de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento dos casos em tratamento e/ou tratamento diretamente observado.
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, ao manejo do tratamento, às ações de vigilância epidemiológica e ao controle das doenças.
- Enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes à tuberculose da área de atuação da UBS. Analisar os dados e planejar as intervenções juntamente à equipe de saúde.
- Notificar os casos confirmados de tuberculose.
- Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação, conforme estratégia local.
- Fazer a programação anual das ações do PCT, segundo a matriz de programação PNCT/Ministério da Saúde.
- Observar os cuidados básicos de redução da transmissão do *Mycobacterium tuberculosis*.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM TUBERCULOSE PELA SECRETÁRIA DO ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO.

De acordo com o Conselho de Enfermagem do Rio de Janeiro (2017) O enfermeiro ao prestar assistência ao usuário com suspeita de TB ou TB confirmada deve:

- Identificar os sintomáticos respiratórios;
- Iniciar o tratamento dos casos novos de TB pulmonar com BAAR positivo;
- Realizar consulta de enfermagem, conforme protocolo municipal e outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal;
- Solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme o protocolo municipal e outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- Aplicar a vacina BCG; fazer teste tuberculínico (caso não tenha capacitação para tal, encaminhar para a unidade de referência);
- Convocar os contatos e iniciar investigação;
- Orientar pacientes e familiares quanto ao uso da medicação, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus e estigmas;
- Convocar o doente faltoso à consulta e o que abandonar o tratamento;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário e notificar os casos confirmados de tuberculose.

A manutenção da Tuberculose como problema de saúde pública faz com que novas respostas devam ser dadas, entre elas, o fortalecimento da atuação do(a) enfermeiro(a) quanto a assistência ao paciente com TB.

A Política Nacional da Atenção Básica traz como uma das características inerentes ao processo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família e da atenção básica o apoio às ações estratégicas de fortalecimento da gestão local e do controle social

A equipe de saúde da família, inserida na atenção primária, primeiro nível de atenção à saúde, desempenha multiprofissionalmente papel fundamental nas ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde a fim de proporcionar um atendimento integral à população adscrita na área de abrangência da equipe de saúde.

Com fundamento no quadro de metas das ações em áreas estratégicas da atenção básica o controle da tuberculose é uma das metas a serem alcançadas pela equipe de atenção básica em consonância também com o Pacto pela Vida, o qual preconiza que 85% dos casos novos de tuberculose sejam tratados e curados.

A Política Nacional de Atenção Básica traz em seu referencial legal como atribuição comum a todos os profissionais da equipe de atenção básica e saúde da família: garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde.

Este trabalho é factível, pois o mesmo contribuirá como instrumento facilitador à aplicação dos cuidados de enfermagem além de proporcionar à academia uma visão mais cristalina quanto à responsabilidade do profissional enfermeiro no tocante à tuberculose.

4 Conclusão

O trabalho se mostrou de grande relevância, uma vez que evidenciou de forma clara e precisa que há recomendações padronizadas do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado de Saúde de Minas Gerais e do Rio de Janeiro, mas que durante as atividades diárias no

cotidiano assistencial, os cuidados de enfermagem são realizados de acordo com a necessidade da demanda imposta pelo cliente frente à realidade existente no setor saúde.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são estratégias para o cuidado integral à saúde da população contribuindo para que a atenção primária seja o principal ponto de atenção à saúde do cliente. Para isto, a proximidade, o acolhimento, a responsabilização, a resolutividade e o vínculo são fundamentais, para de fato, a atenção primária seja concebida como o seu centro ordenador.

O(a) enfermeiro(a) deve procurar participar do processo terapêutico e da construção do vínculo com o cliente, pois é um ator social fundamental para o planejamento estratégico-situacional de ações e serviços que facilitarão o empoderamento do cliente quanto à adesão de um novo estilo de vida, ao cuidado do agravo tuberculose, além da identificação e da implementação de práticas adequadas aos sucessos do tratamento e cura.

Ainda que o estudo apresentado possa gerar algumas dúvidas, o assunto não se esgota, tornando-o instrumento para a formulação de novas hipóteses a pesquisadores gerando estudos acerca da tuberculose, os quais contribuirão para a prática do profissional, assim como para a academia.

5 Referências

BORBA, P. C. **Curso introdutório em saúde da família para coordenadores da ESF**. Unidade I. Fortaleza, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária – Seminário do Conass para construção de consensos**. Brasília: CONASS, 2004.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Publica**, Washington, DC, v. 2, n. 2, p. 164-176, 2007.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. **Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: <http://www.coren-rj.org.br/>. Acesso em: 02 mai. 2017.

FERREIRA, Arlindo Gonçalves. In: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Curso de Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2005.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, jan./ jun. 2004.

MARCONI & LAKATOS. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. Ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 16 de jun. 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do Adulto. **Tuberculose**. Belo Horizonte, 2006. 144 p.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução Ao Projeto De Pesquisa Científica**. Petrópolis, Editora Vozes, ed. 30, 2002.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção á saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF, ano V, n. 7, p. 10-23, 2003/2004.

DIABETES MELLITUS: A DOENÇA DO SÉCULO XXI

Alessandra Aparecida FREITAS¹, Belair José Chagas da SILVA¹, Hugo de OLIVEIRA¹, José Augusto da COSTA¹, Rui da Silva JUNIOR¹, Fernanda de Medeiros Costa Lannes BARROSO² & Sandra Helena de OLIVEIRA²

¹ Discentes da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

² Docente da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

RESUMO

O objetivo principal deste estudo é conhecer as causas do Diabetes Mellitus (DM) e suas consequências para a qualidade de vida dos portadores. A metodologia realizada foi pesquisa bibliográfica, utilizando-se artigos e livros que abordam o assunto como referencial teórico. Os resultados mostram que o Diabetes Mellitus, tem crescido consideravelmente em todo mundo, o DM tipo 1, um dos tipos de diabetes mais frequentes, é uma doença autoimune, que tem ocorrência na infância ou adolescência, embora recentemente se tenha verificado que os adultos também podem desenvolver esta forma de diabetes. Já a tipo 2 está relacionada a agravantes como idade, metabolismo, má alimentação, sedentarismo, entre outros. E a gestacional, que surge durante a gravidez, trazendo diversos riscos tanto para a gestante quanto para o feto. Os portadores da doença sofrem grandes modificações no decorrer de suas vidas, pois o tratamento da mesma exige mudança severa na alimentação, dentre outros cuidados. Portanto, conclui-se que a observância das recomendações médicas tem importância infra estrutural e estratégica para o tratamento e a qualidade de vida do portador de Diabetes Mellitus.

Palavras chaves: diabetes mellitus; tipos de diabetes mellitus; prevenção da D.M

ABSTRACT

The main objective of this study is to know the causes of Diabetes Mellitus (DM) and its consequences for the quality of life of the patients. The methodology was a bibliographical research, using articles and books that approach the subject as a theoretical reference. The results show that Diabetes Mellitus, has grown considerably worldwide, type 1 DM, one of the most frequent types of diabetes, is an autoimmune disease, which occurs in childhood or adolescence, although it has recently been found that adults also Can develop this form of diabetes. Type 2 is related to aggravating factors such as age, metabolism, poor diet, sedentary lifestyle, among others. And the gestational, which arises during pregnancy, bringing various risks to both the pregnant and the fetus. The disease sufferers undergo major changes in the course of their lives, because the treatment of the disease requires severe changes in food, among other care. Therefore, it is concluded that compliance with medical recommendations has an infra-structural and strategic importance for the treatment and quality of life of patients with Diabetes Mellitus.

Key words: diabetes mellitus; types of diabetes mellitus; prevention of D.M.

1 Introdução

Vivemos em uma época onde o tempo encontra-se escasso, no qual o mundo se tornou mais prático, com cada vez mais facilidades, no entanto, paga-se um preço muito alto sobre toda essa praticidade. Doenças do novo século como diabetes, vêm aumentando de forma apavorante.

Estima-se que 1,1 bilhões de adultos e 10% das crianças do mundo tenham sobrepeso. Classicamente associada a fatores de risco para doença cardiovascular, como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, a obesidade vem sendo cada vez mais encarada como fator de risco independente para doença arterial coronariana. (GOMES et al, 2010)

A diabetes mellitus é uma doença milenar, que se mostram na história muitos anos antes de Cristo, no princípio sendo associado ao excesso de urina e posteriormente também ao açúcar; mas o diabetes só veio ter sua atenção no meado do século XIX, após a descrição das ilhotas pancreáticas e a obtenção da insulina para controle dos níveis sanguíneos de glicose. (COSTA E AMEIDA NETO, 1998 apud CARVALHO E ANACLETO, 2008).

É uma doença crônica, na qual o pâncreas não produz insulina ou não produz a quantidade necessária, aumentando o açúcar no sangue, caso esse aumento permaneça por um longo período, poderá causar danos irreparáveis em órgãos, nervos e em vasos sanguíneos. Existem dois tipos de diabetes, a tipo 1 e a 2, podendo ser encontrada em qualquer idade.

A diabetes tipo 1 é encontrada geralmente em crianças e adolescentes, dificilmente em adultos. O tratamento é realizado a base de insulinas, medicamentos e o controle da alimentação. (SBD 2015).

O tipo 2 geralmente encontrado em adultos, porém pode aparecer em crianças, seu tratamento é realizado através de exercícios físicos e planejamento alimentar. (SBD 2015).

A gestacional é encontrada em gestantes e seus sintomas são inidentificáveis, é recomendado que a partir de 24º semana de gestação faça um teste de glicemia.

2 Materiais e Métodos

O artigo em estudo trata-se de uma revisão bibliográfica. Nesse caso, é preciso definir os tópicos chave, autores, palavras, periódicos e fontes de dados preliminares. Nesse sentido, a revisão bibliográfica é considerada um passo inicial para qualquer pesquisa científica. (WEBSTER; WATSON, 2002, apud: CONFORTO, AMARAL E SILVA, 2011).

O estudo foi elaborado através de materiais publicados em meios eletrônicos, livros e pesquisas por artigos científicos voltados ao tema Diabetes Mellitus. As buscas foram realizadas no Google acadêmico e na base de dados Scielo. Foi utilizado materiais de 2010 em diante, no período de março a abril. O critério utilizado para inclusão e exclusão foi baseado em desenvolver uma atualização do conteúdo selecionando artigos de 2010 em diante e excluindo informações abaixo do período de 2010.

3 Resultados e Discussão

A diabetes mellitus é uma doença ancestral. Os primeiros relatos sobre a diabetes foi no papiro Ebers, um manuscrito da época 1.500 a.c, que era considerado o documento médico mais importante daquela época, descoberto pelo alemão GergEbers em 1872. Nele continha relatos de diurese abundante e frequente, sede incontrollável, e emagrecimento acentuado como sintomas da doença. A origem do nome diabetes é bastante antiga, vem do grego que significa “sifão”.

O diabetes melittus é uma doença tão antiga quanto à própria humanidade. O papiro de Ebers, manuscrito da época 1500 a.C., menciona esta entidade e chama a atenção para a diurese freqüente e abundante, sede incontrollável e emagrecimento acentuado, como suas principais manifestações clínicas. Aretaeus, médico romano, criou o termo *diabetes* que significa "passar através" por causa de excessiva diurese, um dos sintomas mais evidentes da doença, ser parecido à drenagem de água por meio de um sifão. (PIRES E CHACRA, 2008, p.269).

No século VI, médicos hindus relataram pela primeira vez o gosto adocicado encontrado na urina. Por isso o nome diabetes mellitus, que significa “doce como mel”. Em 1869, foram identificados conjuntos de células do tecido pancreático graças a estudos feitos por Langerhans, a partir desta descoberta perceberam que o pâncreas tinha algo haver com o diabetes. Estudos mais profundos demonstraram que o pâncreas produzia uma substância capaz de controlar o açúcar no sangue e evitar os sintomas. O próximo passo era entender como isso acontecia para que fosse criado um tratamento.

No século VI, médicos hindus descreveram mais detalhadamente alguns sintomas da doença e relataram, pela primeira vez, o sabor adocicado da urina destes indivíduos. Em 1869, Langerhans identificou conjuntos de células no tecido pancreático que denominou ilhotas celulares. (PIRES E CHACRA, 2008, p.269).

Até a metade dos anos de 1800 ainda a medicina não tinha descoberto a insulina e havia poucos recursos para o tratamento da diabetes, e inúmeros pacientes necessitando de tratamento, os médicos ofereciam sangrias e blistes como tratamento. Depois começaram a observar que a alimentação em excesso e inadequada alterava o açúcar no sangue.

Até a metade dos anos 1800, como ocorria com quase todos os outros pacientes, a medicina pouco podia oferecer a eles, a não ser sangrias e blisteres. Outro tratamento que sobreviveu até o século XX era baseado na noção de que o diabético necessitava uma alimentação extra para compensar as perdas de material nutritivo pela urina. (TSCHIEDEL, 2013).

A insulina foi descoberta através de estudos realizados em cães sobre a secreção exócrina pancreática sobre o composto químico sintetizado pelas ilhotas de Langerhans. A descoberta da insulina foi considerada um grande avanço para a história da diabetes mellitus e no tratamento, oferecendo uma melhor qualidade de vida aos pacientes. A primeira dose injetável foi ministrada em um menino de 14 anos de idade em estado clínico crítico da diabetes, na primeira dose não houve muito efeito, purificaram o extrato pancreático e aplicaram novamente no mesmo paciente e este teve uma resposta imediata e eficaz.

Em 1921, Banting e Charles Best, no laboratório do fisiologista JJR MacLeod, durante estudos em cães tentando demonstrar que a secreção exócrina pancreática poderia destruir o composto químico sintetizado pelas ilhotas de Langerhans, descobriram e isolaram a insulina. A descoberta da insulina foi o grande marco da história do diabetes melito e a grande conquista para o tratamento e a sobrevida dos pacientes. Em 11 de janeiro de 1922, clínicos do *Toronto General Hospital* prescreveram de modo injetável 15 ml de extrato pancreático a um paciente com diabetes, Leonard Thompson de 14 anos de idade em estado clínico crítico. Houve poucos efeitos sobre a glicosúria e a cetonúria e o pior, evoluiu com formação de abscesso estéril no local da aplicação. Diante deste fato, o bioquímico JB Collip purificou este extrato pancreático e em seguida foi novamente aplicado ao mesmo paciente, desta vez com resposta imediata e eficaz da glicosúria e da cetonúria. (PIRES E CHACRA, 2008, p.269).

Epidemia é a disseminação de uma doença que aborda uma determinada povoação ou território em um período de tempo reduzido e de modo acelerado. E hoje em dia pode-se considerar a D.M como uma epidemia, estima-se que atualmente a população com diabetes mellitus no mundo é 382 milhões, e que em 2035 esse número chegará a 471 milhões de pessoas. Grande parte dessas pessoas vive em países desenvolvidos, onde epidemia tem maior intensidade.

Uma epidemia de diabetes mellitus (DM) está em curso. Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes é da ordem de 382 milhões de pessoas e que deverá atingir 471 milhões em 2035. Cerca de 80% desses indivíduos com DM vivem em

países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens, coexistindo com o problema que as doenças infecciosas ainda representam. (DIRETRIZES SBD, 2014-2015, p.1).

No Brasil, no final da década de 1980, observou-se o D.M em 7,6% da população adulta, dados recentes mostram taxas mais elevadas em São Carlos-SP e Ribeirão Preto - SP. Acredita-se que em 2013 11.933.580 pessoas com média de 20 a 79 anos, tinham diabetes. Devido alguns estudos foi possível ver que o diabetes no Brasil prevaleceu graças à influência da idade, entre pessoas com 30 a 69 anos de idade.

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se a prevalência de DM na população adulta em 7,6% (A); 3 dados mais recentes apontam para taxas mais elevadas, como 13,5% em São Carlos-SP (A)4 e de 15% em Ribeirão Preto - SP (A). 5. Em 2013, estimou-se que existiriam 11.933.580 pessoas, na faixa etária de 20 a 79 anos, com diabetes no Brasil (B).1 O Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil evidenciou a influência da idade na prevalência de DM e observou incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na de 60 a 69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes (A).3. (DIRETRIZES SBD, 2014-2015, p.1).

Acomete normalmente crianças e adolescentes, o D.M 1, é fruto de um processo imunológico que fica sendo responsável pela eliminação das células beta pancreáticas, ou seja, o pâncreas gera pouca ou nenhuma insulina, já que as células betas são suas produtoras, e acabam sendo destruídas de modo irreversível, tornando assim o indivíduo carente de insulina e precisando receber injeções diárias. O D.M 2 é mais frequente em pessoas acima dos 30 anos, obesas e idosas, apesar de também ser encontrada em crianças e jovens. Nela o pâncreas não deixa de produzir insulina, porém, o organismo fica resistente aos efeitos, gerando a um aumento da sua produção para continuar com níveis normais de glicose, e acaba resultando no diabetes. De acordo com FRANCO (2006), “o diabetes mellitus é um importante e crescente problema de saúde pública para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento”.

Segundo a OMS (Organização mundial da saúde, 2016), mais de 16 milhões de brasileiros sofrem de diabetes, além disso, a doença mata 72 mil pessoas por ano no Brasil. No ano de 2014, por volta de 422 milhões de adultos ao redor do mundo conviviam com a D.M, número esse que seria o quádruplo do mesmo quadro no ano 1980.

O seu tratamento é realizado através de exames de sangue, monitorando o açúcar. Exercícios e dietas também são viáveis com relação ao tipo da D.M e do paciente. Indivíduos portadores de diabetes não podem ingerir alimentos doces com muita frequência. Várias vezes os diabéticos possuem alto colesterol, entretanto, para reduzi-lo é preciso também controlar o açúcar. Além de medicamentos como a insulina e hipoglicemiantes orais. “A abordagem de cada caso deve, por conseguinte, ser individualizada e abranger aspectos nutricionais, médicos e psicológicos” (BRAULIO, MOREIRA, 2006).

Na diabetes tipo 1o organismo imunológico ataca as células betas. Sendo assim, a insulina não é liberada para o organismo, a glicose fica no sangue em vez de ser usada como energia. Cerca de 5 a 10 % das pessoas quem tem diabetes são a do tipo 1. Aparece geralmente em crianças e adolescentes, podendo ser diagnosticada em adultos. São tratados à base de insulina, alimentação, exercícios físicos, no qual ajuda a controlar a glicose no sangue.

Em algumas pessoas, o sistema imunológico ataca equivocadamente as células betas. Logo, pouca ou nenhuma insulina é liberada para o corpo. Como resultado, a glicose fica no sangue, em vez de ser usada como energia. Esse é o processo que caracteriza o Tipo 1 de diabetes, que concentra entre 5 e 10% do total de pessoas com a doença.

O Tipo 1 aparece geralmente na infância ou adolescência, mas pode ser diagnosticado em adultos também. Essa variedade é sempre tratada com insulina, medicamentos, planejamento alimentar e atividades físicas, para ajudar a controlar o nível de glicose no sangue (SBD, 2015).

No diabetes tipo 2 sua causa ocorre, pois, o organismo não consegue usar a insulina produzida adequadamente ou por não conseguir produzir insulina para controlar a glicemia. Cerca de 90% das pessoas que tem diabetes são do tipo 2, a maioria dos acometidos é adulta, porém crianças podem ser diagnosticadas também. Dependendo da gravidade, ela pode ser controlada com alimentação e exercícios físicos, em outros casos tem que ser introduzido o uso de insulina ou outros medicamentos.

O Tipo 2 aparece quando o organismo não consegue usar adequadamente a insulina que produz; ou não produz insulina suficiente para controlar taxa de glicemia. Cerca de 90% das pessoas com diabetes têm o Tipo 2. Ele se manifesta mais frequentemente em adultos, mas crianças também podem apresentar. Dependendo da gravidade, ele pode ser controlado com atividade física e planejamento alimentar. Em outros casos, exigem o uso de insulina e/ou outros medicamentos para controlar a glicose (SBD, 2015).

O D.M gestacional inicia-se na gestação e é definida como intolerância à glicose. Geralmente após o parto desaparece, porém, pode acontecer de não desaparecer, nesses casos quer dizer que antes o corpo não reconhecia essa intolerância à glicose. O número de gestantes com D.M 2 tem aumentado devido à epidemia de obesidade e muitos casos ainda não são diagnosticados.

O DM gestacional é definido como qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Embora a maioria dos casos se resolva com o parto, alguns pacientes mantêm a hiperglicemia, isso pode ser indicativo de que a intolerância a glicose não era reconhecida antes da gravidez. Com a epidemia da obesidade, o número de pacientes em idade fértil com DM2 está aumentando, bem como o número de mulheres grávidas com DM2 e sem diagnóstico desta patologia. (SUPLICY E FIORIN, 2012, p.33).

O diabetes tipo 2 é mais comum de ser encontrado na população do que o tipo 1, e com isso os aspectos fisiopatológicos são concentrados mais no tipo 2. (FERREIRA E PITITTO, 2014).

O conceito fisiopatológico dos tipos de diabetes está relacionado com o hormônio da insulina responsável pelo controle de açúcar no sangue e que é liberada pelo pâncreas. O diabetes tipo 1 é causada pela destruição das células β . Uma insulite tóxica que vai ser responsável pela destruição das células β .

Continuando no contexto imune, uma insulite oriunda de etiologia viral ou tóxica pode alcançar células β de forma gradativa causando destruição das células β pancreáticas. Como a destruição das células β é contínua, os níveis glicêmicos em estado de jejum se elevam e o diabetes se manifesta clinicamente (GROSS ETAL, 2000, p. 32 apud RODRIGUES, 2012, p.16).

O diabetes tipo 2 é uma predisposição genética, e de fatores ambientais como a obesidade e o estresse. É caracterizada pela deficiência de secreção de insulina e resistência à insulina, e na maioria das vezes pode haver um aumento de glicose. Ela é encontrada na maior parte da população.

A eclosão clínica é muito comum entre aqueles que apresentam em suas famílias colaterais diretos com diabetes (pais, tios, avós, irmãos) e que vivem em ambiente

favorecedor da obesidade e do estresse. Caracteriza-se por apresentar resistência à ação da insulina, que pode preceder o início do quadro clínico, e uma deficiência relativa de insulina que se acentua com o decorrer dos anos de evolução da doença. Um terceiro fator agravante, sempre associado, é o aumento da produção hepática de glicose, decorrente das duas primeiras alterações. (OLIVEIRA et al., 2006,p.29).

O tratamento da D.M é conforme o tipo de diabetes que o paciente tem. O tratamento do tipo 1 é realizado com injeções de insulina, a tipo 2 com medicamentos, porém, em ambas pode-se realizar o planejamento alimentar e exercícios físicos como meios de tratamento. No tipo 2 é muito raro o uso de insulina como tratamento. Junto a isso tem a medição da taxa de glicemia que pode ser realizado por um medidor de glicose ou uma bomba de insulina, sendo possível o controle de glicose no sangue.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2015) o diabetes mellitus pode ser tratado com insulina, medicamentos, planejamento alimentar e atividades físicas, para ajudar a controlar o nível de glicose no sangue.

Os riscos da D.M são formados por um conjunto de fatores que podem influenciar o seu surgimento. Como a obesidade, a genética, hipertensão arterial, entre outros fatores.

De acordo com SMELTZER (et al. 2009,SANTOS et al,2012,p.8) os principais fatores que aumentam as chances de desenvolver o DM são: Idade maior ou igual a 45 anos, história familiar de DM (pais, filhos e irmãos), sedentarismo, HDL baixo ou triglicerídeos elevados, hipertensão arterial, doença coronariana, DM gestacional prévio, filhos com peso maior que 4 kg, abortos de repetição ou morte de filhos nos primeiros dias de vida, uso de medicamentos que aumentam a glicose (cortisonas, diuréticos tiazídicos e betabloqueadores).

Por conta dos Riscos do diabetes foi criado um termo, pré - diabetes, para notar indivíduos quem tem altas chances de se originar a doença. O pré - diabetes é uma situação intermediária entre diabetes do tipo 2 e a normalidade no adulto.

Pré-diabetes não é propriamente um diagnóstico, mas sim um estado de risco aumentado para o aparecimento de diabetes mellitus tipo 2, pessoas com níveis elevados de glicose (açúcar no sangue), obesidade e forte étnica ou familiar de diabetes, podem ser considerados de risco (SEVERO, 2015, p.1)

O portador da D.M consegue viver uma vida saudável, ativa e feliz. Entretanto, como afeta as taxas de glicose, se não for tratada, as complicações surgem com o passar dos anos, isto é, o controle glicêmico diminui radicalmente e existe a possibilidade de complicações aparecerem e se expandirem.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2015) é importante lembrar que o gerenciamento adequado da taxa de glicemia reduz drasticamente o risco de desenvolver uma complicação. O diabetes é uma doença cercada de mitos, mas, na verdade, quem tem o problema pode levar uma vida mais do que normal: ativa, saudável e feliz. Entretanto, se não houver acompanhamento, as altas taxas de glicose no sangue podem favorecer algumas complicações.

As complicações do Diabetes mellitus, são encontradas de duas formas: complicação aguda e crônica. No tipo 1 é particularmente encontrada a aguda, que se instala rapidamente, em horas ou dias. Já a crônica acontece de forma semelhante nos dois tipos, e é dividida em microvasculares e macrovasculares. As complicações microvasculares são retinopatia diabética, nefropatia diabética e a neuropatia diabética. A macrovascular é responsável pela obstrução dos grandes vasos, são doença arterial periférica, doença carotídea e a doença arterial coronariana.

As complicações crônicas do diabetes mellitus (DM) são decorrentes principalmente do controle inadequado, do tempo de evolução e de fatores genéticos da doença. As complicações crônicas microvasculares englobam a nefropatia diabética, a retinopatia

diabética e a neuropatia diabética. As complicações crônicas macro vasculares, como o próprio nome diz, são resultantes de alterações nos grandes vasos e causam infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica (TSCHIEDEL, 2015, p.7).

O enfermeiro trata a reabilitação, focaliza os aspectos psicomotores. Os pacientes portadores de diabetes devem ser educados para que apresentem um complexo conjunto de comportamentos de autocuidado, como praticar atividades físicas, planejar sua alimentação, tomar medicamentos, monitorizar os níveis de glicemia e de cetona urinária, cuidados dos pés, além de procurar cuidados médicos para o diabetes e outros problemas de saúde que porventura existam. Além da complexidade do tratamento do diabetes, a grande dificuldade que enfrenta o profissional de saúde para educar o paciente com diabetes refere-se ao fato de que a apresentação dos comportamentos e autocuidado provavelmente exigirá mudanças no estilo de vida da pessoa que deverá integrar os novos comportamentos na sua rotina diária. (GROSSI e PASCALI, 2009)

E preciso considerar que mudanças de comportamento, tão significativas quanto as que se esperam do paciente diabético, não podem ser impostas e somente fazem ao longo do tempo, com a compreensão da necessidade de mudança. Sensibilizar os indivíduos portadores de DM para compreender essa necessidade de alterações pessoais no estilo de vida é papel do profissional envolvido com educação em DM. Só ocorrerá uma aprendizagem significativa, se o ponto de partida for à relação entre aquilo que o indivíduo conhece e vivenciou e aquilo que ele precisa saber ou está motivado a aprender. A maioria dos serviços de saúde preocupados com a educação dos pacientes com DM não com a colaboração de especialistas em educação que poderiam contribuir para o desenvolvimento com um ensino com qualidades. (GROSSI e PASCALI, 2009).

Entretanto, para direcionar o cuidado de enfermagem, os enfermeiros estão utilizando cada vez mais os modelos conceituais, que permitem o desenvolvimento de ações fundamentadas, guiando a implantação do processo de enfermagem. A utilização do processo de enfermagem na assistência ao paciente em reabilitação tem permitido a identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem. Entretanto, reforça-se a necessidade de desenvolvimento de estudos para validar o foco da prática da Enfermagem, conferindo ao enfermeiro reabilitador maior visibilidade. (ANDRADE ETAL 2010). O CA de mama se apresenta de forma silenciosa, porém agressiva quando não se é diagnosticado de forma precoce. Mesmo assim as mulheres não tem se preocupado com essa morbidade, e muitas acabam recebendo o diagnóstico tardio, e pelo atraso em iniciar o tratamento acaba comprometendo o prognóstico.

Segundo os estudos realizados através da revisão literária a incidência de câncer de mama se mantém elevada, por falta de acessibilidade das mulheres às informações sobre os exames de rastreio, o que está totalmente relacionado também aos aspectos socioeconômicos, que é fator importante na detecção precoce do CA de mama.

Ficou claro nesse estudo, segundo o INCA (2016), que

[...] risco elevado de câncer de mama inclui: história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos ou de câncer bilateral ou de ovário em qualquer idade; história familiar de câncer de mama masculino; e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

No Brasil, segundo as “Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama” (2015), a mamografia é o método preconizado para rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher. A mamografia é o único exame cuja aplicação em programas de rastreamento apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade do CA de mama e é recomendada para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos.

No que diz respeito às intervenções de enfermagem e terapêuticas adotadas para o tratamento e recuperação da mulher com CA de mama, identificamos que atualmente as

intervenções menos agressiva onde há a preservação da mama é uma condição favorável onde permite que ela enfrente com mais determinação e menos constrangimento frente à família e ao parceiro, porém a conservação da mama, em casos mais avançados quando já se observa invasão da pele se torna contraindicada.

4 Conclusão

O trabalho faz uma abordagem atualizada sobre o DM, uma patologia que há séculos acomete indivíduos por todo o mundo, as atualizações sobre o assunto são notáveis, muitos estudos e pesquisas a cerca da DM vem sendo realizados, melhorando não só na área clínica, mas também em questões informativas em todos os meios de comunicação.

A mesma já foi considerada doença terminal, onde já levou muitos indivíduos ao óbito, a falta de conhecimento tanto no tratamento quanto na prevenção era a principal causadora do agravamento da doença. Hoje um indivíduo com DM, pode ter uma vida saudável e sem muitas restrições, basta fazer atividades físicas e respeitar seus limites. A importância da enfermagem com os portadores da DM está relacionada a inserir uma educação alimentar e física eficaz, onde o paciente poderá ter uma vida com qualidade. A DM é considerada uma doença perigosa com várias complicações associadas até o momento. Cabe ao Enfermeiro ser o mediador das informações aos pacientes portadores dessa doença para que aumente a qualidade de vida dos mesmos.

5 Referências

DIABETES MELLITUS: ASPECTOS CLÍNICOS, FARMACOLÓGICOS E O PAPEL DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO PACIENTE HOSPITALIZADO.

<<http://www.cceursos.com.br/img/resumos/farmacia/02.pdf>> acessado 10/03/2017.

GROSSI, Sonia Aurora Alves – Cuidado de Enfermagem em Diabetes Mellitus – Manual de enfermagem/Sonia Aurora Alves Grossi e Paula Maria Pascali – São Paulo: P: 100 a 107.

<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/13403686111118_1324_manual_enfermagem.pdf>

AZEVEDO E SILVA, Gulnar *et al.* Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.30, n.7, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1537.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

GOBBI, Helenice. Classificação dos tumores da mama: atualização baseada na nova classificação da Organização Mundial da Saúde de 2012. **J. Bras. Patol. Med. Lab.** [online]. v.48, n.6, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v48n6/v48n6a13.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO ONCOGUIA. Brasil. **Principais Dados Estatísticos sobre o Câncer de Mama**. Equipe Oncoguia, 2014. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/principais-dados-estatisticos-sobre-o-cancer-de-mama/6562/34/>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

KLUTHCOVSKY, Ana Claudia Garabeli Cavalli; URBANETZ, Almir Antonio Lara. Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online], v.34, n.10, 2012., Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012001000004>. Acesso em: 04 abr. 2016.

NASCIMENTO, Simony Lira do; OLIVEIRA, Riza Rute de; OLIVEIRA, Mariana Maia Freire de e AMARAL, Maria Teresa Pace do. Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. **Fisioter. Pesqui.** [online]. v.19, n.3, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v19n3/a10v19n3.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

ROSA, Luciana Martins da; RADUNZ, Vera. Taxa de sobrevida na mulher com câncer de mama: estudo de revisão. **Texto contexto - enferm.** [online]. v.21, n.4, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/31.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

SANTOS, Daniela Barsotti; SANTOS, Manoel Antônio dos e VIEIRA, Elisabeth Meloni. Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Saúde soc.** [online]. v.23, n.4, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401342>. Acesso em: 21 mar. 2016.

SILVA, Gulnar Azevedo e *et al.* Modos de vida entre pessoas que tiveram câncer no Brasil em 2013. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.21, n.2, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0379.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

SOARES, Leonardo Ribeiro; FREITAS-JUNIOR, Ruffo and OLIVEIRA, José Carlos. A detecção precoce do câncer de mama e o impacto do rastreamento mamográfico nas taxas de sobrevida. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.20, n.10, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003285>. Acesso em: 21 mar. 2016.

SOARES, Priscila Bernardina M. *et al.* Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2012, v.15, n.3, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300013>. Acesso em: 10 mar. 2016.

TIEZZI, Daniel Guimarães. A busca pela cura do câncer de mama: deveríamos começar tudo de novo? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. v.36, n.6, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n6/0100-7203-rbgo-36-06-00235.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

ATENÇÃO AO CLIENTE COM PREDISPOSIÇÃO DE RISCO DO USO DE ANTICONCEPCIONAIS ORAIS RELACIONADO À TROMBOSE

**Beatriz Rocha de SOUZA¹, Kezia ABREU¹, Maria Edvânia NERES¹, Mônica Ângelica BARBOSA¹,
Fernanda de Medeiros Costa Lannes BARROSO², Sérgio Henrique de Mattos MACHADO³, Sara Nuss
MELLO² & Filipe Meneguelli BONONE²**

¹ Discente da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

² Docentes da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

³ Docentes da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Farmácia – Itaperuna/RJ, Brasil.

RESUMO

A trombose é rara em mulheres jovem sendo constante em mulheres mais velhas. A trombose é considerada uma doença que tem alta incidência e se não tratada de forma adequada e eficaz pode trazer sérias consequência e levar a óbito. O texto relata que a trombofilia é um conjunto de várias anomalias que leva o indivíduo a um estado de hipercoagulabilidade e isso leva ao aumento de chance de ter trombose. A deficiência das proteínas C e S vão ocasionar a Trombogênese. O trombo venoso a um depósito intravascular e composto de fibrina e glóbulos vermelhos e quantidade variáveis de plaquetas e leucócitos que se forma em regiões de fluxo baixos ou anômalos dos seios valvares. O uso de contraceptivos orais aumenta a concentração de vários fatores coagulação (VII, VIII, X, fibrinogênico). O objetivo dessa pesquisa é evidenciar o efeito do uso de contraceptivos hormonais no desenvolvimento de eventos trombóticos e descrever a correlação existente entre o uso de anticoncepcionais hormonais e a ocorrência de eventos trombóticos

Palavras-Chave: Tromboembolismo. Anticoncepcional. Risco.

ABSTRACT

Thrombosis is rare in young women being constant in older women. Thrombosis is considered a disease that has high incidence and if not treated properly and effectively can bring serious consequences and lead to death. The text reports that thrombophilia is a set of various anomalies that leads the individual to a state of hypercoagulability and this leads to an increased chance of having thrombosis. Deficiency of the C and S proteins will lead to Thrombogenesis. The venous thrombus to an intravascular deposit is composed of fibrin and red blood cells and variable amounts of platelets and leukocytes that form in low or anomalous flow regions of the valvular sinuses. The use of oral contraceptives increases the concentration of several clotting factors (VII, VIII, X, fibrinogen). The objective of this research is to highlight the effect of the use of hormonal contraceptives in the development of thrombotic events and to describe the correlation between the use of hormonal contraceptives and the occurrence of thrombotic events

Key words: Thromboembolism. Contraceptive. Risk

1 Introdução

A trombose é um problema que pode levar à Embolia Pulmonar (EP) e ao Acidente Vascular Cerebral (AVC). No Brasil, a estimativa do Ministério da Saúde é que um ou dois habitantes a cada mil sofram de trombose venosa profunda. Segundo o Ministério da Saúde, em

2014 foram registradas 122.096 internações causadas por trombose e em 2015 foram 113.817 registros por tal patologia. A trombose venosa é rara na mulher jovem tornando-se mais crescente com a idade. A trombose venosa profunda é doença de alta incidência e grave problema de saúde visto à grande morbidade se não reconhecida e tratada de forma eficaz e precoce. Trombofilia é um termo que denomina um conjunto de várias anomalias específicas, adquirida ou hereditárias, que condicionam um estado de hipercoagulabilidade e um aumento de uma propensão para a trombose, mesmo quando mais de um gene está afetado, é escasso para ocasionar um caso trombótico clínico. Quase sempre nesses indivíduos é necessário um estímulo trombogênico para iniciar o evento trombótico. Um evento trombótico atípico, ou seja, com início em idade precoce, com reincidência frequente, com históricos familiares marcado, com localizações incomuns migratórias ou generalizadas e com gravidade desproporcional a um determinado estímulo reconhecido, deve levantar sempre a suspeita de trombofilia. As deficiências de proteínas C e S têm um potencial trombogênico comparável às heterozigóticas. O termo tromboembolismo venoso (TEV) compreende trombose venosa profunda (TVP) e/ou tromboembolismo pulmonar (TEP) principal causa de óbitos evitáveis em leitos hospitalares, constituindo um importante problema de saúde pública, especialmente na senilidade (ENGELHORN et al., 2002). O trombo venoso é um depósito intravascular composto de fibrina e glóbulos vermelhos com uma quantidade variável de plaquetas e leucócitos, que se forma, usualmente, em regiões de fluxo baixo ou anômalo dos seios valvares. Além disso, pode apresentar-se em áreas de traumas diretos. Segundo Allen e col., trombose é definida como: “oclusão completa ou parcial de uma veia por um trombo, com reação inflamatória primária ou secundária da parede do vaso”. Admite-se atualmente que, para que haja trombose venosa, é necessário que haja a tríade de Virchow:

- a) alteração do endotélio da veia, inflamatória ou não: lesão endotelial que provoca exposição do colágeno subendotelial, como consequência adesão e agregação plaquetária e desencadeamento do processo de "coagulação".
- b) alteração da crase sanguínea: embora aceita, não foi completamente esclarecida.
- c) estase sanguínea: facilita a marginação, deposição e aglutinação das plaquetas, assim como a liberação da tromboplastina.

O trombo inicial, desde que permaneçam as mesmas condições que provocaram sua formação, aumenta e progride distal e proximalmente, atingindo veias cada vez maiores e alcançando finalmente os troncos coletores principais da região. Este trombo, geralmente misto, é constituído por camadas de elementos figurados do sangue acoplados numa rede de fibrina. O trombo é descrito como tendo:

- a) cabeça, parte inicial aderente à parede da veia;
- b) corpo, aderente lateralmente, parcial ou completamente, à parede da veia;
- c) cauda, parte flutuante, livre na corrente sanguínea, distal e proximalmente, e unida ao corpo. Em condições fisiológicas, o sangue flui no interior do vaso em camadas cilíndricas e concêntricas (fluxo laminar). A distribuição dos elementos celulares em camadas ocorre por diferença de cargas elétricas; assim, as hemácias situam-se em posição central, mais rápida, e as plaquetas perifericamente. O endotélio normal não é reativo aos componentes do sangue e às proteínas da coagulação, mantendo um equilíbrio entre coagulação e fibrinólise, porém, com leve tendência à anticoagulação. O equilíbrio trombo-hemorragico compreende vários mecanismos complexos, envolvendo sistemas hemostáticos primários (vasos sanguíneos e plaquetas) e secundários (proteínas da coagulação). Sua regulação é feita pelo sistema fibrinolítico, pelo fluxo sanguíneo que dilui os fatores ativados da coagulação, por anticoagulantes fisiológicos (proteínas C e S, antitrombina III) e inibidores plaquetários (como a prostaciclina e o óxido nítrico). A ativação do mecanismo de coagulação sanguínea ocorre com a liberação do fator tissular (FT) pelo endotélio lesado, que forma um complexo com o fator VII ativado (VIIa). Este complexo ativa os fatores IX e X em pequenas quantidades. O fator X ativado (Xa) interage com o fator V

ativado (Va) formando um complexo (protrombinase) que converte a protrombina em trombina. Esta trombina não é suficiente para promover a formação de fibrina, porém, catalisa a ativação dos fatores V, VIII e IX e ativa as plaquetas. O fator Xa desencadeia um mecanismo inibitório mediado pela liberação do inibidor da via do FT que determina inibição do complexo VIIa-FT. A ativação dos fatores X e IX fica bloqueada por esta via e eles passam a ser ativados pelo complexo IXa-VIIIa de forma mais eficaz. Formam-se grandes quantidades de fator Xa e de protrombinase que ativam maior quantidade de plaquetas e transformam o fibrinogênio em fibrina, formando um “tampão” no local da lesão endotelial. A trombina, por sua vez, ativa o fator XIII que estabiliza o coágulo. Após a formação do trombo, iniciam-se reações enzimáticas, estequiométricas, pelas quais os complexos pró-coagulantes serão destruídos e as enzimas residuais inibidas. Isso acontece pelo sistema inibitório da antitrombina III, pelo inibidor da via do FT e pelo sistema da proteína C. A alteração deste sistema, determinando hipercoagulabilidade pode decorrer de condições constitucionais ou adquiridas permanentes ou transitórias, definidas como defeitos genéticos (trombofilias) ou da interação dos indivíduos com o ambiente (fatores de risco). Tem sido dada grande importância à retração do trombo; dela resulta a liberação de trombina e consequente aceleração no crescimento do trombo. Quanto mais enérgica for esta retração, mais rápida e extensa é a trombose.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), mulheres que usam anticoncepcionais contendo drospirenona, gestodeno ou desogestrel (caso das pílulas) têm um risco de 4 a 6 vezes maior de desenvolver tromboembolismo venoso, em um ano, do que as mulheres que não usam contraceptivos hormonais combinados. De qualquer forma, segundo os médicos especialistas, se não há outros fatores de influência, o risco ainda assim é pequeno. O uso de contraceptivos orais aumenta a concentração de vários fatores de coagulação (VII, VIII, X, fibrinogênio) e de um importante marcador de formação da trombina, o fragmento 1+2 da protrombina. Nas mulheres que usam pílulas ocorre uma redução da concentração plasmática da proteína S e, numa menor extensão da antitrombina III. Por outro lado, o uso de contraceptivos orais promove também uma diminuição da atividade da proteína (resistência a proteína C ativada adquirida). O bloqueio destes sistemas inibidores da homeostase vai condicionar uma tendência pro - trombótica. Apesar de inicialmente se pensar que esses efeitos eram uma consequência dos estrogênios dos contraceptivos orais, hoje se sabe que o componente progestagênico modula também de forma importante esses efeitos. O risco de TEV na CHC é independente da dose de estrogênios para valores inferiores a 50mg de etinilestradiol, dependendo o risco também do tipo de progestagênio. Apesar da ocorrência de TA ser frequente em mulheres jovens, as mudanças comportamentais, baixa frequência de alimentos ricos em fibras, aumento da proporção de gorduras saturadas e açúcares de dieta associadas a um estilo de vida sedentário - tem aumentado os riscos para o seu aparecimento durante a vida reprodutiva. Dessa forma, em mulheres ≥ 40 anos com fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV) (como fumantes, hipertensas, obesas, portadoras e hipercolesterolemia ou diabetes mellitus) os contraceptivos hormonais devem ser prescritos com cautela. Usuárias de AO de 3ª geração apresentaram o dobro do risco de tromboembolismo quando comparadas às usuárias de anticoncepcionais orais de 2ª geração (WANNMACHER, 2001). A Drospiridona promove a redução do ganho de peso e do edema mais que outros tipos de anticoncepcionais. Entretanto, nesse estudo evidenciou-se o aumento do risco de desenvolver TVP e a TEP associado ao uso dessa substância (GRONICH, LAVI, RENNERT, 2011)

A sintomatologia clínica pode ser atípica sem sinais evidentes, porém algumas vezes o paciente se queixa de dores intensas na região comprometida, com edema difuso, cianose local e impotência funcional. Apenas 20% das TVP apresentam essa sintomatologia. Na maioria das vezes os sintomas podem ser provocados por testes clínicos indicativos:

- 1) dor à pressão na face interna da coxa (músculos sartório e grácil);

- 2) dor à pressão na face posterior do tornozelo;
- 3) dor à pressão na musculatura plantar;
- 4) dor à pressão na panturrilha;
- 5) dor à flexão dorsal do pé (ALBUQUERQUE, 1996). Por ser uma doença que acomete o organismo de uma forma geral o doente apresenta febre, mal-estar, fraqueza, taquicardia, taquipnéia, alteração do hemograma, hemossedimentação aumentada e alteração do tempo de coagulação.

No tratamento que se pode ser prescrito por um especialista (Angiologista) é indicado o uso de Heparina que é um fármaco anticoagulante administrado por via parenteral, aplicação de calor na área afetada, elevação das pernas e o uso de antiinflamatórios não esteróides. Em subsequência é indicado o uso da Varfarina (Marevan) que um medicamento oral e antagonista da vitamina K. As cirurgias só se fazem necessárias quando os anticoagulantes não dissolvem o trombo. É contra indicado aos pacientes portadores desta patologia a ingestão de alimentos que contem vitamina K(brócolis, couve, espinafre, entre outros), pois os mesmos são boas fontes de coagulação.

Para chegar ao diagnóstico clínico desta patologia não é fácil. No entanto são realizados alguns exames: Ressonância Magnética, Flebografia e o mais utilizado Eco Color Doppler (Ultrassonografia).

2 Materiais e Métodos

Para efetuação do trabalho exposto, foram realizadas coletas de dados através de arquivos de bibliotecas virtuais como: artigos, periódicos e revistas que abordava o tema do presente trabalho relacionados com a área de conhecimento denominada “Saúde / Enfermagem / Seminário Integrador / Pré Projeto de Pesquisa”. No mesmo abordamos uma pesquisa exploratória que tem por objetivo tornar o tema tratado mais familiar, tornando-o mais claro. A metodologia utilizada tem por objetivo dar base científica em todas as etapas do projeto estabelecido.

3 Resultados e Discussão

Atualmente, temos nos deparados com um cenário bastante preocupante em nível de saúde pública, quando se trata do termo tromboembolismo em mulheres em idade reprodutiva, e a uma relação estreita com o uso exacerbado de contraceptivos hormonais, onde é iniciado precocemente e sem orientação de um profissional qualificado, sendo aquele um dos fatores importantes para o aumento dos episódios de adoecimento e dos índices de comorbidade.

4 Conclusão

Conclui-se ao longo desse trabalho que a trombose é uma doença que não é muito comum entre mulheres jovens, mas existem casos. A trombose é uma doença grave, por isso deve ser identificada e tratada o quanto antes. O uso de contraceptivos orais aumenta a concentração de fatores importantes para a formação da trombina. Existem diversos fatores que contribuem para o maior risco de trombose como, por exemplo: fumantes, obesas, hipertensas, etc. Os sintomas são variáveis, algumas vezes acontecem queixas de dor no local afetado, mas de uma forma geral a paciente apresenta febre, fraqueza, mal-estar, taquicardia, taquipneia, alterações no hemograma, dentre outros sintomas. Compreende-se que o tratamento é feito com o uso de anticoagulantes, sendo o mais usado a Heparina. Em casos extremos onde o trombo não se dissolve é necessária cirurgia, deve-se evitar o consumo de alimentos como brócolis, couve-flor,

acelga, espinafre e qualquer outro alimento que seja rico em vitamina K, pois ela propicia a coagulação do sangue, favorecendo assim o evento trombótico.

5 Referências

BRASIL. PORTAL BRASIL. **Saiba como evitar a trombose**. 2016. Disponível em: Acesso em: 25 abr. 2017.

BUENO NETO, Joaquim et al. **Trombose Venosa Profunda Aguda**. Disponível em: Acesso em: 11 abr. 2017.

MACHADO, Ana Isabel; LIMA, Jorge. **Trombofilias e Contracepção**. 2008. Disponível em: Acesso em: 21 fev. 2017.

ORRA, Hussein Amin. **Trombose Venosa Profunda**. 2002. Disponível em: Acesso em: 11 abr. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR (Brasil). **Trombose Venosa Profunda**. 2016. Disponível em: Acesso em: 26 abr. 2017.

SPANHOL, Katia Theresa. **Contraceptivos Orais e Eventos Trombóticos**. 2008. Disponível em: Acesso em: 11 abr. 2017.

VIEIRA, Carolina Sales; NOBRE, Fernando; BRITO, Milena Bastos. **Contracepção Hormonal e Sistema Cardiovascular**. 2010. Disponível em: Acesso em: 21 fev. 2017.

ANÁLISE DAS VANTAGENS DE UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Cleyton de Oliveira DIAS¹, Grace Ângela da Silva MARTINS¹, Josinete Ramos dos Santos SILVA¹, Marcus Vinicius de Souza LUIZ¹, Samara Raquel Valle Ferreira BATISTA¹, Sérgio Henrique de Mattos MACHADO³,

Fernanda de Medeiros Costa Lannes BARROSO² & Guilherme Lemos IMBELLONI²

¹ Discentes da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

² Docente da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

³ Docentes da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Farmácia – Itaperuna/RJ, Brasil.

RESUMO

O rápido crescimento da população de idosos traz preocupações sob a dimensão pública, social e familiar, produzindo grande impacto no sistema de saúde. Observou-se então a necessidade de aprofundar as pesquisas nesse tema e demonstrar a importância da qualidade da vida para um envelhecimento sadio e ativo. Quem tem um estilo de vida melhor, sem fatores que interferem na qualidade de vida como álcool, fumo entre outros, com certeza terá um envelhecimento mais ativo, com muito menos patologias, será um idoso mais independente e continuará realizando suas atividades rotineiras por muito mais tempo. Conhecer estas perspectivas e como elas influenciam na promoção e manutenção da qualidade de vida do idoso foi o objetivo desse trabalho.

Palavras-chaves: Envelhecer. Saúde. Estilo de vida. Independente

ABSTRACT

The rapid growth of the elderly population brings concerns under the public, social and family dimension, producing great impact in the health system. He then observed the need to deepen research on this topic and demonstrate the importance of quality of life for healthy and active aging. Those who have a better lifestyle, without factors that interfere with the quality of life, such as alcohol, smoking, among others, will certainly have a more active aging, with much fewer pathologies, will be a more independent elderly and will continue to perform their routine activities for much more time. Knowing these perspectives and how they influence the promotion and maintenance of the quality of life of the elderly was the objective of this work.

Key words: Aging. Health. Lifestyle. Independent.

1 Introdução

Estudos bem elaborados projetam que a população idosa até 2025 será acima de 30 milhões, e a velhice poderá vir em conjunto com altos níveis de doenças crônicas ou por saúde e bem-estar, portanto surge a necessidade de uma melhora nas condições socioeconômicas, para proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos. (DAWALIBI, 2013).

A velhice pode ser vista como uma evolução pessoal, natural e que não há como evitar, é uma ordem natural na evolução da vida do ser humano. Lidar com esse fenômeno de maneira consciente e tranquila, descobrindo o que há de interessante nesta fase para desfrutar, apesar das dificuldades que vão surgir é um ponto positivo no enfrentamento para o envelhecimento. (PORTO, 2013).

Muitos idosos se sentem incapazes pelo fato de terem suas capacidades diminuídas, isso é algo natural que com o passar dos anos o corpo vai sofrendo transformações e se fragilizando. É importante observar as atitudes e comportamentos dos idosos para que não se isolem nem entrem

em um quadro de depressão. Faz-se necessário incentiva-los a manter sua rotina mesmo que de forma adaptada às suas fragilidades.

De acordo com o ser humano vai envelhecendo, há uma redução na qualidade de vida, pela incapacidade de se manter independente e autônomo. O maior medo que os idosos possuem relacionado à velhice é de não serem mais independentes por sequelas de alguma doença ou ficarem impossibilitados de fazer suas atividades rotineiras pela ordem natural do envelhecimento. Por esse motivo surge então a necessidade de uma vida saudável, evitando assim as doenças e prevenindo os obstáculos que os impedem estender até a velhice os costumes e atividades de rotina. (FREITAS 2009).

De acordo com DAWALIBI 2013, política de desenvolvimento ativo, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), é um exemplo real dessas recomendações, enfatizando que envelhecer bem não é apenas responsabilidade do indivíduo e, sim, um processo que deve ser respaldado por políticas públicas e por iniciativas sociais e de saúde ao longo do curso da vida.

Envelhecimento saudável é aquele que o indivíduo possui baixa suscetibilidade a doenças e elevada capacidade funcional (física e cognitiva), seguido de uma apresentação ativa frente à sociedade. Já o envelhecimento com fragilidade é aquele indivíduo mais vulnerável, sem ou com poucas capacidades de suportar o estresse, o que termina em mais facilidades às doenças e incapacidades ocasionando assim mais dependência. (SILVA 2011).

“...um dos maiores desejos e desafios da atualidade do futuro giram em torno da promoção de um envelhecimento com qualidade, ativo, saudável, sendo afetado pelo mínimo de limitações e incapacidades...” (MINISTERIO DA SAÚDE, 2005).

Para um envelhecimento saudável é ideal expandir as oportunidades para que os idosos tenham como escolher um estilo de vida mais saudável que se adeque ao seu perfil, essas mudanças incluem mudanças de alimentação, prática de atividade física de rotina, com isso controlando a saúde física e psicológica. Nesse sentido pode-se dizer que envelhecimento ativo é exposto como a otimização das oportunidades de saúde, interação e segurança com intenção de favorecer a vida de acordo com as pessoas envelhecem. (DAWALIBI 2013).

“Entre os idosos brasileiros doenças do aparelho circulatório, neoplásicas e doenças do aparelho respiratório representam cerca de 75% do total de óbitos. Muitas dessas doenças apresentam causas e forma de prevenção conhecidas...” (GUARIENTO 2010).

O idoso merece uma atenção especial em relação às outras pessoas, e isso é garantido mediante lei, o estatuto do idoso dispõe de todos os direitos reservados aos idosos.

O envelhecimento populacional traz preocupações sob a dimensão pública, social e familiar, conhecer os benefícios de um envelhecimento saudável e as formas de alcançá-lo foi parte das intenções desse trabalho.

O envelhecimento precisa ser pensado já na idade jovem, pois muitos atos e atitudes somente surtirão efeitos ao envelhecer. Quem tem um estilo de vida melhor, sem fatores que interferem na qualidade de vida como álcool, fumo entre outros, com certeza terá um envelhecimento mais ativo, com muito menos patologias, será um idoso mais dependente e continuará realizando suas atividades rotineiras por muito mais tempo.

2 Materiais e Métodos

A política de desenvolvimento ativo, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), expressa que envelhecer com qualidade de vida além de ser responsabilidade de cada um também é um processo que deve ter um apoio de políticas públicas e por iniciativas coletivas e de saúde no decorrer da vida. Esta política foi criada com o entendimento que, para

alcançar um envelhecimento sadio, seria necessário proporcionar as chances para que o cidadão possa alcançar uma forma de vida mais adequada ao seu estilo, que incluem mudanças de hábitos alimentares, atividade física frequente, com isso o controle da saúde física e psicológica. (DAWALIBI 2013).

De acordo com ASSIS 2005 “O envelhecimento humano é um processo universal, progressivo e gradual. Trata-se de uma experiência diversificada entre os indivíduos, para a qual concorre uma multiplicidade de fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural”.

“A velhice deve ser compreendida em sua totalidade porque é, simultaneamente, um fenômeno biológico com consequências psicológicas, considerando que certos comportamentos são apontados como características da velhice...” (FREITAS 2009).

O envelhecimento saudável assume uma conceituação mais ampla do que a ausência de doença, sendo considerado um processo de adaptação às mudanças que ocorrem ao longo da vida, o que permite aos idosos manterem seu bem-estar físico, mental e social, estando esse termo fortemente relacionado à manutenção de uma boa velhice e à identificação de seus determinantes (VALER 2015).

“O relacionamento do idoso com o mundo se caracteriza pelas suas dificuldades adaptativas, tanto emocionais quanto psicológicas. Diante disso, o cuidado humanizado vai muito mais além de cuidados obrigatórios referentes à saúde.” (PINTO 2014). “Com o avançar da idade há uma maior probabilidade de problemas de saúde, dependência na realização das atividades da vida diária, assim como, isolamento e solidão” (BENTES 2012).

FAZZIO 2012, relata que “a qualidade de vida pode ser entendida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas padrões e preocupações”.

A epidemiologia do idoso no Brasil não se restringe ao estudo das condições de vida e saúde dos indivíduos velhos de nossa sociedade. Requer uma compreensão de vários aspectos que envolvem desde os dados de nascimento e mortalidade infantil até as características socioculturais as quais a população será exposta no decorrer de sua complexa trajetória humana. A distribuição de doenças ou agravos à saúde dos idosos está intimamente associada à sua história de vida passada, repleta de exposições e eventos, sejam de risco, sejam de proteção, individual e coletivamente experimentados, e que atuam como condicionantes do processo de envelhecimento. (GUARIENTO 2010).

“Atitudes de natureza preventiva são capazes de evitar ou postergar a incapacidade, fazendo com que o idoso mantenha um bom padrão funcional em idades avançadas hipóteses da compressão da morbidade” (SILVA 2011).

“A qualidade de vida e o envelhecimento saudável requerem uma compreensão mais abrangente e adequada de um conjunto de fatores que compõem o dia a dia do idoso ” (MENDES 2005).

“Faz-se necessário que familiares e cuidadores tenham consciência da importância do cuidado com seus idosos” (PINTO 2014). “A velhice não pode ser vista como fato negativo, penoso e doloroso, mas sim, como etapa consequente de realizações acumuladas ao longo da vida” (PORTO 2013).

Trata-se de um estudo qualitativo, bibliográfico, pesquisa utilizando-se artigos indexados nas bases de dados SciELO, Bireme, Lilacs, livros, protocolos e diretrizes, afim de refletir sobre o tema análise das vantagens de um envelhecimento saudável. Após o levantamento bibliográfico foi realizado uma criteriosa seleção do material pesquisado, finalmente chegou ao objetivo pretendido com a pesquisa.

3 Resultados e Discussão

Sabe-se que o envelhecimento provoca uma perda de parte da capacidade funcional, a qual de acordo com a idade é aumentada. Nesse sentido as adversidades de saúde relacionada ao envelhecimento são a incapacidade de realizar suas funções diárias e dependência que provocam perdas/restrições das atividades incapacidade/dificuldade de exercer suas tarefas e rotinas de costume. (FERREIRA 2012).

“O envelhecimento populacional vem apresentando grande significância em nível mundial. No Brasil, esse fenômeno cresce a cada ano e estima-se que, em 2025, o país será a sexta população do mundo com o maior número de idosos, alcançando os 35 milhões”.(MARINHO 2016).

Nossa meta em realizar esse estudo surgiu da necessidade de descobrir quais os benefícios de um envelhecimento ativo e como alcança-lo, podendo assim levar esta informação ao interesse da população.

4 Conclusão

A realização de pesquisa sobre produção científica em especial de artigos. Portanto, a temática do idoso e qualidade de vida merece a análise de outras variáveis dos artigos publicados, tais como: os aspectos descritivos dos métodos (participantes, matérias, procedimentos) tipo de análise dos resultados (qualitativos e quantitativos; descritivos ou inferenciais); tipo de delineamento das pesquisas levantamento correlacional quase experimental.

Por meio da categoria adotar comportamentos saudáveis, foi possível concluir que os idosos consideram importante para um envelhecimento saudável atividades física, alimentação saudável e higiene pessoal, não bebe, não fumar e ter bons hábitos de sono e descanso.

Observa-se ainda a tranquilidade quanto o processo de envelhecimento. Lamentam o aparecimento de doenças e da altivez. No entanto quanto á velhice sabem se da responsabilidade de toda sua existência e devem partilhar com toda satisfação de serem sujeitos da história da atualidade.

5 Referências

ASSIS, M. D. ENVELHECIMENTO ATIVO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: REFLEXÃO PARA AS AÇÕES EDUCATIVAS COM IDOSOS In: **Revista APS**, Rio de Janeiro / RJ, v.8, n.1, p. 15-24, jan./jun. 2005. Disponível em : <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2017

BENTES, A. C. O, *et al.* O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica In: **Aletheia** 38-39, p.196-205, maio/dez. 2012, Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000200016>: Acesso em: 22 mar.2017

DAWALIBI, N. W, *et al.* Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. In: **Estudos de Psicologia Campinas**, São Paulo, setembro 2013. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000300009>. Acesso em: 22 mar. 2017

FAZZIO, D. M. G. ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA – UMA ABORDAGEM NUTRICIONAL E ALIMENTAR. In: **Revisa**. Brasília – DF2012; 1(1): 76-88 – ISSN: 2179-0981. Disponível em:

<<http://www.fasem.edu.br/revista/index.php/fasemciencias/article/download/79/119> >. Acesso em: 22 mar. 2017

FERREIRA, O. G. L, *et al.* ENVELHECIMENTO ATIVO E SUA RELAÇÃO COM A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL. In: **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 513-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300004 >. Acesso em: 22 mar. 2017

FREITAS, M. C. *et al.* O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos In: **Rev Esc Enferm USP**, FORTALEZA, 2010, Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/24.pdf>>: Acesso em: 22 mar.2017

GUARIENTO, Maria Helena; NERI, Anita Liberalesso. **Assistência ambulatorial ao idoso**. Campinas, SP: Alínea, 2010.

MARINHO, V. T, *et al.* PERCEPÇÃO DE IDOSOS ACERCA DO ENVELHECIMENTO ATIVO. In: **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(5):1571-8, maio., 2016. Disponível em < <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/9245/14872>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

MENDES, M. R. S. S. B, *et al.* A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. In: **Acta Paul Enferm. São Paulo – SP, 2005;18(4):422-6**.Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/apv/v18n4/a11v18n4.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, DF, 2005a. Disponível em < <http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

PINTO, L. C. G. L, *et al.* Envelhecer com Saúde: o desafio do cuidar humanizado. In: **Revista Interfaces da Saúde** · Aracati · CE · ano 1 · nº1 · Ago 2014, Disponível em: < <http://fvj.br/revista/wp-content/uploads/2014/08/2.-saude.pdf>. >. Acesso em: 22 mar. 2017.

PORTO, A. R, *et al.* O ENVELHECER E A MORTE: COMPREENDENDO OS SENTIMENTOS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS In: **Rev Enferm UFSM** Londrina – Paraná 2013, Jan/Abril;3(1):35-43. Disponível em : < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/download/7205/pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2017

SILVA, A. et al. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da Unifesp-Epm**. SÃO PAULO, 2011.

VALER, D. B, *et al.* O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. In: **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2015; 18(4):809-819, Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rbpg/v18n4/pt_1809-9823-rbpg-18-04-00809.pdf>: Acesso em: 22 mar.2017

A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Beatriz PEÇANHA¹, Fernanda COSTA¹, Marcela FERNANDES¹, Renata VIANA¹, Fernanda de Medeiros Costa Lannes BARROSO², Ana Maria Ferreira SOARES² & Filipe Meneguelli BONONE²

¹ Discentes da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

² Docente da Universidade Iguazu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

RESUMO

Este projeto tem como objeto, orientar os acadêmicos de enfermagem como ocorreu a reforma psiquiátrica, como eram os procedimentos antigamente dentro dos manicômios, as formas de tratamento, entre outras coisas, ressaltando que as mudanças foram realizadas em prol da qualidade de vida do doente que ali se encontrava, para que conseguissem, fazer toda essa mudança na psiquiatria, foi preciso muita luta e força de vontade, mostrando para os profissionais da saúde e para os acadêmicos a importância de conhecer a história e a mudança da psiquiatria, padronizando sempre a melhoria com o passar dos anos, para melhor compreender como eram os manicômios e como funciona o tratamento de doentes mentais após a Reforma Psiquiátrica.

Palavras chaves: manicômio, holocausto, reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

This project aims to guide the nursing students as psychiatric reform occurred, as were the procedures formerly within the asylums, the forms of treatment, among other things, noting that the changes were made in favor of the quality of life of the patient who There it was, in order for them to do so, to make all this change in psychiatry, it took a lot of struggle and willpower, showing health professionals and academics the importance of knowing the history and change of psychiatry, always standardizing improvement Over the years to better understand how asylums were and how the treatment of mental patients works after the Psychiatric Reform.

Key words: asylum, holocaust, psychiatric reform.

1 Introdução

A prática de retirar os doentes mentais do convívio social para colocá-los em lugar específico surgiu em determinado período histórico. Em 18 de Julho de 1841, foi assinado o decreto de fundação do primeiro hospício brasileiro denominado Hospício de Pedro II, em homenagem ao príncipe regente. Em 1852, na Praia Vermelha, em uma chácara afastada de centro da cidade, foram inaugurados o hospício. Um importante acontecimento no cenário político e social da época. Esse hospício ficou popularmente como o “Palácio dos Loucos”. Durante mais de 50 anos a camisa de força foi utilizada, ela era também substituídas por celas fortes, verdadeiras solitárias, onde o paciente permanecia até a remoção do surto. Mesmo após as reformas instituídas no século XIX, por Pinel, um dos primeiros a aplicar uma “medicina manicomial”, o tratamento dado ao interno do manicômio ainda era mais uma prática de tortura do que uma prática médico-científica. Tanto a corrente organicista quanto aquela que acreditava no tratamento “moral”, não dispensavam os tratamentos físicos. Nesses tratamentos buscavam dar um “choque” no paciente, faziam com que passassem por uma sensação intensa, que o tirasse do seu estado de alienação. O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do

movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de famílias, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longas histórias de internação psiquiátricas, surge neste ano.

A experiência Italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas. O II Congresso Nacional do MTSM(Bauru, SP), em 1987, adota o lema "Por uma sociedade sem manicômios". Neste mesmo ano, é realizada a I conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro). Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987. São implantados no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência no município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão de que a Reforma, Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível.

2 Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica e análise crítica de literatura. Inicialmente foi realizada uma revisão da literatura, que tem por objetivo geral reunir conhecimentos sobre A Reforma Psiquiátrica. Em nosso estudo, esta revisão teve como propósito de orientação sobre o que é, e o que não é conhecido, para confirmar que a pesquisa pode trazer melhor contribuição para o conhecimento das pessoas.

3 Resultados e Discussão

Num primeiro momento, o poder religioso e a persuasão dos filósofos preponderavam sobre o parecer da medicina. Eram considerados loucos todos aqueles que apresentassem algum tipo de comportamento desviante dos padrões normais impostos pela sociedade. Como exemplo dessa barbárie é possível relacionar: alcoólatras, dependentes químicos, homossexuais, jovens mães solteiras, dentre outros julgados socialmente como desarazoados. A loucura era considerada um desatino (ausência de razão) e a forma de tratamento era por internação involuntária em manicômios que verdadeiramente eram como depósitos de humanos. Nestes locais as pessoas não eram dignificadas, não exerciam cidadania e entravam para nunca mais sair. Sanatório, Manicômio, Hospício, Colônia, Frenocômio, Casa de Orates, Casa Verde, Pinel etc. Nunca houve uma especialidade, em toda história da Medicina, com tantos nomes para designar o local onde deveriam se internar os doentes mentais que demandam cuidados intensivos: o Hospital.

Fato é que, até o surgimento da eletroconvulsoterapia (ECT, o popular “eletrochoque”) e do primeiro medicamento antipsicótico, pouco havia o que se fazer para abordar as manifestações das doenças mentais. Entende-se assim quão complicado era o convívio social desses pacientes.

Ao longo da história, sempre existiu uma pressão da sociedade pelo isolamento do enfermo mental, tido mais como um “incômodo” do que como um doente. Não raro as cidades literalmente “recolhiam” seus doentes mentais das ruas e, de maneira absurda, colocavam-nos em carros para deixá-los perdidos em estradas ou outras cidades. Com uma frequência até maior, doentes mentais eram encaminhados para cadeias como se fossem transgressores.

Somente no século XIX é que se identificou a necessidade de diferenciar os doentes mentais dos criminosos e, desde essa época, foram construídos os grandes “manicômios” psiquiátricos. Entretanto, até meados do século XX, pouco além do isolamento social foi oferecido aos doentes

mentais nessas instituições. Não se conheciam tratamentos eficazes, e o Psiquiatra não tinha o que fazer por seus pacientes, a não ser ampará-los e observa-los. No passado, a mesma situação degradante ocorreu com os portadores de doenças contagiosas, principalmente hanseníase (“lepra”) e tuberculose.

Holocausto é o maior hospício do Brasil, que ficou conhecido como Colônia e leva este nome por ter abrigado atos de crueldade parecidos com os que aconteceram na Alemanha nazista, durante a Segunda Guerra Mundial. O caso aconteceu em um manicômio na cidade de Barbacena, Minas Gerais, onde ocorreu um genocídio de pelo menos 60 mil pessoas entre 1903 e 1980.

Diz a a jornalista Daniela Arbex:

“Dei esse nome primeiro porque foi um extermínio em massa. Depois porque os pacientes também eram enviados em vagões de carga (ao manicômio). Quando eles chegavam, os homens tinham a cabeça raspada, eram despídos e depois uniformizados”, explica a autora. Daniela não foi a única a comparar Colônia ao holocausto. No auge dos fatos, em 1979, o psiquiatra italiano Franco Basaglia visitou o hospício com a intenção de tentar reverter o que ocorria no local. “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em nenhum lugar do mundo presenciei uma tragédia como essa”, disse na ocasião.

A Colônia foi inaugurada em 1903, mas o período de maior barbárie aconteceu entre 1930 e 1980, quando pessoas eram internadas sem terem sintomas de loucura ou insanidade. As milhares de vítimas travestidas de pacientes psiquiátricos, já que mais de 70% dos internados não sofria de doença mental, sucumbiram de fome, frio, diarreia, pneumonia, maus-tratos, abandono, tortura. Para revelar uma das tragédias brasileiras mais silenciosas, a Tribuna refez os passos de uma história de extermínio. Tendo como ponto de partida as imagens do então fotógrafo da revista “O Cruzeiro”, Luiz Alfredo, publicadas em 1961 e resgatadas no livro “Colônia”, o jornal empreendeu uma busca pela localização de testemunhas e sobreviventes dos porões da loucura 50 anos depois. A investigação, realizada durante 30 dias, identificou a rotina de um campo de concentração, embora nenhum governo tenha sido responsabilizado até hoje por esse genocídio. Não se morre de loucura. Pelo menos em Barbacena. Na cidade do Holocausto brasileiro, mais de 60 mil pessoas perderam a vida no Hospital Colônia, sendo 1.853 corpos vendidos para 17 faculdades de medicina até o início dos anos 1980, um comércio que incluía ainda a negociação de peças anatômicas, como fígado e coração, além de esqueletos.

Wellerson Durães de Alkmim, 59 anos, membro da Escola Brasileira de Psicanálise e da Associação Mundial de Psicanálise, jamais esqueceu o primeiro dia em que pisou no hospital em 1975. “Eu era estudante do Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, em Belo Horizonte, quando fui fazer uma visita à Colônia ‘Zoológica’ de Barbacena. Tinha 23 anos e foi um grande choque encontrar, no meio daquelas pessoas, uma menina de 12 anos atendida no Hospital de Neuropsiquiatria Infantil. Ela estava lá numa cela, e o que me separava dela não eram somente grades. O frio daquele maio cortava sua pele sem agasalho. A metáfora que tenho sobre aquele dia é daqueles ônibus escolares que foram fazer uma visita ao zoológico, só que não era tão divertido, e nem a gente era tão criança assim. Fiquei muito impactado e, na volta, chorei diante do que vi.”

Entrar na Colônia era a decretação de uma sentença de morte. Sem remédios, comida, roupas e infraestrutura, os pacientes definhavam. Ficavam nus e descalços na maior parte do tempo. No local onde haviam guardas no lugar de enfermeiros, o sentido de dignidade era desconhecido. Os internos defecavam em público e se alimentavam das próprias fezes. Faziam do esgoto que cortava os pavilhões a principal fonte de água. “Muitas das doenças eram causadas por vermes das fezes que eles comiam. A coisa era muito pior do que parece. Cheguei a ver alimentos sendo jogados em cochos, e os doidos avançando para comer, como animais. Visitei o campo de Auschwitz e não vi diferença. O que acontece lá é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. Havia um total

desinteresse pela sorte. Basta dizer que os eletrochoques eram dados indiscriminadamente. Às vezes, a energia elétrica da cidade não era suficiente para aguentar a carga. Muitos morriam, outros sofriam fraturas graves”, revela o psiquiatra e escritor Ronaldo Simões Coelho, 80 anos, que trabalhou na Colônia no início da década de 60 como secretário geral da recém-criada Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica, substituída, em 77, pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig). A Fhemig continua responsável pela instituição, reformulada a partir de 1980 e, recentemente, transformada em hospital regional. Hoje, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) atende um universo de 50 cidades e uma população estimada em 700 mil pessoas.

Os pacientes da Colônia, em sua maioria, dormiam no “leito único”, denominação para o capim seco espalhado sobre o chão de cimento, que substituíra as camas. O modelo chegou a ser oficialmente sugerido para outros hospitais “para suprir a falta de espaço nos quartos.”

Em meio a ratos, insetos e dejetos, até 300 pessoas por pavilhão deitavam sobre a forragem vegetal. “O frio de Barbacena era um agravante, os internos dormiam em cima uns dos outros, e os debaixo morriam. De manhã, tiravam-se os cadáveres”, contou o psiquiatra Jairo Toledo, diretor do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB).

Marlene Laureano, 56 anos, funcionária do CHPB desde os 20, era uma espécie de faz-tudo. “Todas as manhãs, eu tirava o capim e colocava para secar. Também dava banho nos pacientes, mas não havia roupas para vestirem. Tinha um pavilhão com 300 pessoas para alimentar, mas só tinha o suficiente para 30. Imagine! Só permaneci aqui, porque tinha a certeza de que um dia tudo isso ia melhorar, sei que Deus existe.”

Sobreviver à Colônia é quase como confrontar o improvável. José Machado, 80 anos, Sônia Maria da Costa, 61, Maria Aparecida de Jesus, 71, e Antônio Sabino, 70, são alguns dos que conseguiram. Institucionalizados há mais de meio século, resistiram a fome, ao frio e ao tratamento desumano, mas carregam graves sequelas.

O registro de José Machado, o Machadinho, é de número 1.530. A informação sobre ele que mais se aproxima da verdade, já que a maior parte dos pacientes não tem qualquer registro sobre o seu passado, é de que deu entrada na entidade em 1959, conduzido pela polícia, após ser acusado de colocar veneno na bebida de alguém. Inocente, passou a vida encarcerado. Hoje, aos 80 anos, precisa de uma cadeira de rodas para se locomover, mantendo-se reticente na presença de estranhos.

Sebastiana Marques está em um dos cinco módulos residenciais implantados no hospital para atender os pacientes com mais autonomia. Com diagnóstico de esquizofrenia, mantém o hábito de ficar isolada e não consegue se expressar. Já Sônia é uma exceção entre os sobreviventes. Apesar de ter chegado ao hospital ainda criança, vive hoje em uma das 28 residências terapêuticas de Barbacena. Mudou-se para lá em 2003, deixando para trás uma história de eletrochoques, agressões e medo. “Lá no hospital judiavam muito da gente. Já apanhei muito, mas bati em muita gente também. Como era agressiva, me deram muito choque. Agora tenho comida gostosa, talheres e o principal: liberdade.”

1. A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental

A humanidade convive com a loucura há séculos e, antes de se tornar um tema essencialmente médico, o louco habitou o imaginário popular de diversas formas. De motivo de chacota e escárnio a possuído pelo demônio, até marginalizado por não se enquadrar nos preceitos morais vigentes, o louco é um enigma que ameaça os saberes constituídos sobre o homem.

Na Renascença, a segregação dos loucos se dava pelo seu banimento dos muros das cidades européias e o seu confinamento era um confinamento errante: eram condenados a andar

de cidade em cidade ou colocados em navios que, na inquietude do mar, vagavam sem destino, chegando, ocasionalmente, a algum porto. No entanto, desde a Idade Média, os loucos são confinados em grandes asilos e hospitais destinados a toda sorte de indesejáveis – inválidos, portadores de doenças venéreas, mendigos e libertinos. Nessas instituições, os mais violentos eram acorrentados; a alguns era permitido sair para mendigar.

No século XVIII, Phillippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, propõe uma nova forma de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, destinados somente aos doentes mentais. Várias experiências e tratamentos são desenvolvidos e difundidos pela Europa. O tratamento nos manicômios, defendido por Pinel, baseia-se principalmente na reeducação dos alienados, no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes. Para Pinel, a função disciplinadora do médico e do manicômio deve ser exercida com firmeza, porém com gentileza. Isso denota o caráter essencialmente moral com o qual a loucura passa a ser revestida.

No entanto, com o passar do tempo, o tratamento moral de Pinel vai se modificando e esvazia-se das ideias originais do método. Permanecem as idéias corretivas do comportamento e dos hábitos dos doentes, porém como recursos de imposição da ordem e da disciplina institucional. No século XIX, o tratamento ao doente mental incluía medidas físicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias.

Aos poucos, com o avanço das teorias organicistas, o que era considerado como doença moral passa a ser compreendido também como uma doença orgânica. No entanto, as técnicas de tratamento empregadas pelos organicistas eram as mesmas empregadas pelos adeptos do tratamento moral, o que significa que, mesmo com uma outra compreensão sobre a loucura, decorrente de descobertas experimentais da neurofisiologia e da neuroanatomia, a submissão do louco permanece e adentra o século XX.

A partir da segunda metade do século XX, impulsionada principalmente por Franco Basaglia, psiquiatra italiano, inicia-se uma radical crítica e transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas. Esse movimento inicia-se na Itália, mas tem repercussões em todo o mundo e muito particularmente no Brasil. Nesse sentido é que se inicia o movimento da Luta Antimanicomial que nasce profundamente marcado pela idéia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais. Aliado a essa luta, nasce o movimento da Reforma Psiquiátrica que, mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias.

No Brasil, tal movimento inicia-se no final da década de 70 com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtornos mentais. Esse movimento se inscreve no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social que ocorre na época. Importantes acontecimentos como a intervenção e o fechamento da Clínica Anchieta, em Santos/SP, e a revisão legislativa proposta pelo então Deputado Paulo Delgado por meio do projeto de lei nº 3.657, ambos ocorridos em 1989, impulsionam a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica, e, em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Dessa lei origina-se a Política de Saúde Mental a qual, basicamente, visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando assim a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo.

A Política de Saúde Mental no Brasil promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se dêem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Além disso,

essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer.

2. Reforma Psiquiátrica

A partir da promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, o Brasil entrou para o grupo de países com uma legislação moderna e coerente com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e seu Escritório Regional para as Américas, a OPAS.²

A Lei indica uma direção para a assistência psiquiátrica e estabelece uma gama de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais; regulamenta as internações involuntárias, colocando-as sob a supervisão do Ministério Público, órgão do Estado guardião dos direitos indisponíveis de todos os cidadãos brasileiros. A Reforma Psiquiátrica é entendida como processo social complexo, que envolve a mudança na assistência de acordo com os novos pressupostos técnicos e éticos, a incorporação cultural desses valores e a convalidação jurídico-legal desta nova ordem.

A reestruturação da assistência, principal pilar da Reforma, contava, desde 1990, com a Declaração de Caracas, documento norteador das políticas de Saúde Mental. Os três níveis gestores do Sistema Único de Saúde buscaram soluções efetivas para esta área, sustentados por vigoroso movimento social e com diretrizes pactuadas nas conferências nacionais de 1987, 1992, 2001 e 2010. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I) foi convocada por decreto presidencial em abril de 2010 e teve sua etapa nacional realizada em Brasília, entre os dias 27 de junho a 1º de julho de 2010. O tema da IV Conferência – “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” – permitiu a convocação não só dos setores diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também de todos aqueles que têm indagações e propostas a fazer sobre o vasto tema da saúde mental. A convocação da intersetorialidade, de fato, foi um avanço radical em relação às conferências anteriores, e atendeu às exigências reais e concretas que a mudança do modelo de atenção trouxe para todos.

Os dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas apontam que o movimento de desospitalização dos portadores de transtornos mentais continua em curso. Entre 2002 e 2012 houve uma queda no quantitativo de leitos psiquiátricos de 51.393 para 29.958 e uma redução do percentual de gastos com a rede hospitalar de 75,24% para 28,91%. Por outro lado, a quantidade de Centros de Atenção de Atenção Psicossocial (CAPS) subiu de 424 para 1.981 e o percentual de gastos extra-hospitalares aumentou de 24,76% para 71,09%. Em 2012 houve ainda importante investimento financeiro nos CAPS, que passou de 460 milhões no ano anterior, para 776 milhões, representando um aumento de 68%.

A mudança do modelo assistencial e a consequente inversão das prioridades de financiamento foram acompanhadas por um aumento global dos recursos financeiros destinados à saúde mental, que passaram de R\$ 619 milhões em 2002, para R\$ 1,8 bilhão em 2011.

O processo de mudança na assistência só terá sustentação se os portadores de transtornos mentais, cuidados adequadamente, não forem excluídos da comunidade em que vivem ou não se tornarem um fardo para seus familiares. Desde 2004 existem políticas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho voltadas para a inserção social por meio de programas de geração de renda, que já computou 660 experiências nesse sentido. Dentre os desafios da Reforma há consenso sobre a necessidade da sociedade conviver de forma mais harmônica com os diferentes e o reconhecimento das

potencialidades dessas pessoas, que não estão à margem do projeto de Nação, que têm capacidade de trabalhar e de produzir. Nos últimos anos, tem ocorrido a valorização, por mérito, de diversas expressões culturais e artísticas de portadores de transtornos mentais. Em todo o País, é possível encontrar artistas usuários de serviços de Saúde Mental produzindo, pintando, gravando, escrevendo, expondo e se expondo, orgulhosos de seus dons e valores. Comercializam telas, livros e CD, o que é, provavelmente, uma segura manifestação de cidadania e pertencimento a esse mundo do mercado que compra e vende arte. Infelizmente a sociedade ainda está longe do consenso sobre essas práticas e valores, mas não há como negar que essa é uma tendência que vem se tornando hegemônica.

3. Tratamento de Saúde Mental

A RAPS foi instituída pela Portaria nº 3088 de 23/12/2011, republicada em 21/05/2013. Ela dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Tem como objetivos gerais a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, a promoção de vínculos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Também tem como objetivos específicos: a promoção dos cuidados em saúde particularmente aos grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); a prevenção do consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; a redução de danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; mas ainda inclui a melhoria dos processos de gestão dos serviços, parcerias inter-setoriais entre outros. A **RAPS** é dividida pelos seguintes componentes:

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Convivência e Cultura
	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Imagem: <http://dab.saude.gov.br>

A saúde mental repassa recursos de incentivo e habilitação (custeio) para implantação ou manutenção dos seguintes serviços:

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em todas as suas modalidades – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS AD, CAPS ADIII. Este serviço possui CNES próprio;
- Unidade de Acolhimento, adulto ou infanto-juvenil (UA) – este serviço NÃO possui CNES próprio. Neste caso, é preciso informar, no momento de cadastro da solicitação de recurso, o número do CNES do CAPS de referência. O CAPS informado já deve ser habilitado pelo Ministério da Saúde;
- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) - este serviço NÃO possui CNES próprio. Neste caso, é preciso informar, no momento de cadastro da solicitação de recurso, o número do CNES do CAPS de referência ou outro serviço de referência. O CAPS ou o outro serviço informado já deve ser habilitado pelo Ministério da Saúde;
- Leitos de saúde mental em hospitais gerais – neste caso, deve ser informado o CNES do Hospital Geral em que estão ou serão implantados os leitos.

CAPS I

Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15.000 (quinze mil) habitantes.

CAPS II

Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70.000 (setenta mil) habitantes.

CAPS III

Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes.

CAPSi

Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer

laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 (setenta mil) habitantes.

CAPS ad II

Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios ou regiões com população superior a 70.000 (setenta mil) habitantes.

CAPS ad III

Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios ou regiões com população superior a 70.000 (setenta mil) habitantes.

4 Conclusão

Conhecendo melhor a vida dentro de um manicômio e as mudanças da história da psiquiatria, podemos concluir que se trata de um trabalho de equipe e que foi levado anos para que essa mudança ocorresse em pro do benefícios das pessoas que ali ‘viviam’. Além de mostrar para todas a pessoas que devemos tratar todos com respeito e com muito profissionalismo, pois são seres humanos e devem contar com profissionais qualificados, e comprometidos.

5 Referências

<http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/mg/2013-07-12/holocausto-brasileiro-60-mil-morreram-em-manicomio-de-minas-gerais.html>

https://pt.wikipedia.org/wiki/Hospital_Col%C3%B4nia_de_Barbacena

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-7462017000100055&lang=pt

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-2832017000100189&lang=pt

<https://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>

<http://www.comciencia.br/dossies-1-72/reportagens/manicom/manicom8.htm>

<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retratos06.html>

<http://www.geledes.org.br/holocausto-brasileiro-50-anos-sem-punicao-hospital-colonia-barbacena-mg/#gs.TPr2ABA>

<http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/mg/2013-07-12/holocausto-brasileiro-60-mil-morreram-em-manicomio-de-minas-gerais.html>

<http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/mudanca.html>

<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/reforma.html>

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>

http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8862catid=24&Itemid=16

<http://www.msmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-da-sa%C3%BAde-mental/vis%C3%A3o-geral-sobre-cuidados-com-a-sa%C3%BAde-mental/tratamento-das-doen%C3%A7as-mentais>

A INFLUÊNCIA DA MÍDIA NA ALIMENTAÇÃO INFANTIL

Gabriel BASTOS¹, Marcos VINÍCIOS¹, Raul CARLOS¹, Renata NERI¹, Fernanda de Medeiros Costa Lannes BARROSO², Filipe Meneguelli BONONE² & Rondinelli de Carvalho LADEIRA²

¹ Discentes da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

² Docente da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

RESUMO

Por muitos anos o problema que enfrentávamos com relação a alimentação infantil era tema sobre a desnutrição, pouca alimentação entre outros. Com o avanço do mundo e a globalização mudamos totalmente a rota, pois, a maior dificuldade encontrada hoje são as péssimas condições em massa de alimentação repercutindo uma leva de alternativas ao público infanto-juvenil apresentada ao público infantil, o comum hoje em dia são pessoas na correria com pouquíssimo tempo para se dedicar a alimentos que farão bem a sua saúde, os mercados sempre com produtos cheios de conservantes e corante e com bela aparência, porém uma superlotação de açúcar, lipídios e sódio. As indústrias investindo pesado na mídia para mostrar a beleza de seus produtos (biscoitos, lanche, doces, refrigerantes e qualquer outro tipo de comida de rápido preparo). Podemos enumerar a quantidade de pessoas que mesmo com o tempo tão curto pensam em cuidar da saúde dos filhos em relação a alimentos por customizar e acreditar que esse bem-estar sincronizado ao meio planetário. Enfatizando o prático como sobre salto ao espaço de tempo que se tem tornando isso, uma repetição em conformidade com o cotidiano. O presente trabalho vem tratar exatamente sobre esta temática, o quanto influenciáveis todos nós somos sobre a mídia que nos controla, sob um aspecto mais afundo das nossas crianças proporcionando assim um implementação flexível e aberta ao dias corriqueiros, nossa atual realidade. O objetivo do projeto é mostrar o poder da mídia, que vem cada vez mais trabalhando para influenciar crianças com alimentos de rede de fast food que são pobres em nutrientes e não trazem benefícios nenhum a saúde. Esses através do poder vigente por meios de mecanismos em consonância por meio de sutis arte fastos, induzindo a crianças a se alimentar por meios de rede de fast food onde os percentuais desses alimentos: é de uma total escassez e não perfaz benefícios nenhum a saúde, tomando esse hábito, customizado em detrimento ao qualitativo.

Palavras chaves: nutrição; mídia; infanto-juvenil

ABSTRACT

For many years the problem we faced with regard to infant feeding was the subject of malnutrition, little feeding among others. With the advancement of the world and globalization we have totally changed the route, because the greatest difficulty found today is the terrible conditions in the mass of food repercussions, a repertoire of alternatives to the children and youth public presented to children, the common people today are people In the rush with very little time to dedicate themselves to foods that will do good to their health, the markets always with products full of preservatives and coloring and with beautiful appearance, but an overcrowding of sugar, lipids and sodium. The industries investing heavily in the media to showcase the beauty of their products (cookies, snacks, sweets, soft drinks and any other type of fast food). We can enumerate the number of people who even with such a short time think of taking care of their children's health in relation to food by customizing and believing that this well-being synchronized to the planetary environment. Emphasizing the practical as on leap to the space of time that has become this, a repetition in accordance with the daily life. The present

work deals precisely with this theme, how influential we all are about the media that controls us, under a deeper aspect of our children thus providing a flexible and open implementation to the current days, our current reality. The goal of the project is to show the power of the media, which is increasingly working to influence children with fast food chain foods that are poor in nutrients and bring no benefits and health. These through the current power by means of mechanisms in consonance by way of subtle art events, inducing children to feed themselves by means of fast food network where the percentages of these foods: is of a total scarcity and does not make any health benefits, Taking this habit, customized to the detriment of the qualitative one.

Key words: nutrition; media; child-juvenile.

1 Introdução

O que é se alimentar e como se alimentar nesse meio globalizado? Investimos em acervos fundamentados e benefícios de uma praticidade relevantes de nossos hábitos corriqueiros. Acreditados ser convincente uma vez que nosso cotidiano se deleita com um rede de *fast food*, no dia a dia numa constante correria e neste então, a mídia veste cada vez mais esses suporte, divulgando alimentos os quais tendem a ser ricos em lipídeos, açúcar e sódio, bem como pobre em nutrientes. Apresentando alimentos que diz ser saudável e de curto preparo. A humanidade experimenta e aprova com todo penhor. Mas o que pode ocorrer com essa sutileza que nos enfatiza? Contribuir para uma obesidade já na infância. Bem como e um dito, os encantos sutis pode nos trazer mazelas avassaladores como problemas como diabetes tipo 2, hipertensão arterial, e níveis altos de colesterol e triglicerídeos. Além disso, as crianças podem desenvolver problemas psicológicos, as piadas, a intimidação, ou a rejeição por parte dos coleguinhas. Essa alta medicação nos parece saciar, e avante o que nos acontecerá?

O preço pode nos trazer situações irrelevantes e no especial, que adéqua essa alimentação com muita ânsia de degustar que envaidece o nosso paladar, em grande desordem vão se somando no nosso organismos aos malefícios desencadeados por esses hábitos. Essa soma de desperidemia vai nos desfalecendo aos poucos com pequenos e grandes diagnósticos que desconstrói o nosso sistema acarretando em breve curto as correntes de medicações, para paliar essas desordem que antes parecia encantadoras. Mídia e hegemonia: lada a lado e nos submissos, escravizamos o que temos de mais precioso: O bem esta de nossa saúde. Devemos ter um olhar mais apurado e saciar de conhecimento para com que o nosso corpo não seja suporte por meios desenfreados a que sustentamos a esses caos que nos embala . Desconstruindo o nosso bem esta de sermos humanos saudáveis, tanto na infância à idade adulta. De acordo com Mendes e Catão (2010) ocorreram mudanças nos hábitos alimentares devido à transição nutricional, no qual verificou uma diminuição no consumo de cereais, frutas, legumes e verduras, ao mesmo tempo aumentou a ingestão de alimentos calóricos, com excesso de açúcar, gordura e sódio. Uma alimentação adequada e balanceada é necessária principalmente na fase escolar, devido estarem em desenvolvimento e crescimento, assim precisam obter nutrientes em quantidade e qualidade em função do acelerado desenvolvimento do organismo, diminuindo os riscos evoluir para as doenças crônicas não transmissíveis ou que se propaguem para a vida adulta. Mas na realidade a maioria das crianças e adolescentes se alimentam de forma inadequada, contribuindo para o excesso de peso e consequentemente doenças devido a uma alimentação errada (LOURENÇO; TAQUETTE ; HASSELMANN 2011). Devido a essas alterações nos hábitos alimentares houve uma mudança no perfil consumidor das crianças, as quais estão mais independentes e consumistas, opinando nas compras das famílias, e também devido um aumento no tempo de permanência em frente à televisão. Diante disso, a mídia viu na criança um potencial consumidor e iniciou uma série de mudanças nas suas propagandas, com aumento de exibição dos comerciais nos canais mais assistidos pelas crianças e aumento na produção de alimentos voltados para ela

(SILVA, 2012). Além disso, a mídia também utiliza estratégias de marketing para influenciar na compra dos produtos, como o uso de artistas e cantores, personagens de series e 20 desenhos animados, animais, todos de preferência das crianças (HIGGS; MEDEIROS; PEREIRA; 2007)

2 Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica e análise crítica de literatura. Inicialmente foi realizada uma revisão da literatura, que tem por objetivo geral reunir conhecimentos sobre a influência que as redes de fast food juntamente com a mídia possuem sobre a alimentação inadequada na fase infanto-juvenil. Em nosso estudo, esta revisão teve como propósito de orientação sobre o que é, e o que não é conhecido/abordado, para confirmar que a pesquisa pode trazer de melhor para a contribuição e o conhecimento das pessoas.

3 Resultados e Discussão

Trabalhos desta natureza são relevantes para que se tenha maior entendimento sobre a alimentação imprópria da rede de fast food, auxiliando os pais educar a alimentação dos seus filhos de forma correta, não deixando essas redes de alimentos não saudáveis influenciarem cada dia mais a mentes das crianças consolidando assim o empobrecimento da saúde em situação imediatista e futuro.

4 Conclusão

De acordo com os fatos mencionados acima podemos concluir que a mídia tem cada dia mais atrapalhado a boa e correta alimentação de nossas crianças, podendo na maioria das vezes trazer riscos a saúde. As crianças são mais vulneráveis aos tipos de publicidade e propaganda que a indústria alimentícia tem usado, colocando promoções de alimentos, como biscoitos, refrigerantes, e utilizando-se até de ganhos de personagens infantis ao comprarem tais alimentos, para assim instiga-los a consumir os mesmos. Diante da correria do dia a dia, comidas rápidas tem se tornado a melhor opção, mesmo sendo visível que não são as mais saudáveis. Coisa que só poderá ser mudada com conscientização dos pais/ responsáveis pensando na saúde de seus filhos e na própria saúde.

5 Referências

Mundo Educação, Perigos do Fast Food. Disponível em: <http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/saude-bem-estar/perigos-fastfood.htm> Acesso em: 05 de maio de 2017

Portal Educação, A influencia da mídia na alimentação infantil. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/nutricao/a-influencia-da-midia-na-alimentacao-infantil/14570> Acesso em : 04 de maio de 2017

Interação em psicologia, Obesidade infantil a partir de um olhar histórico sobre alimentação. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/21755> Acesso em: 04 de maio de 2017

ProQuest, Mídia e obesidade infantil: uma discussão sobre o peso das propaganda. Disponível em:

<http://search.proquest.com/openview/47f9ecf3d6ac4acd3f2005fa7d48a756/1?pq-origsite=gscholar&cbl=237751> Acesso em : 04 de maio de 2017

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM PACIENTES COM SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ ASSOCIADA AO ZIKA VÍRUS

Gabrielle Machado de ASSIS¹, Jakeline Assis do VALE¹, Marisa Helena CHAVES¹, Patrícia de ALMEIDA¹, Fernanda de Medeiros Costa Lannes BARROSO², Edineth Vargas Rosestolato Hoffman² & Filipe Meneguelli BONONE²

¹ Discente da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

² Docentes da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

RESUMO

Algumas epidemias que ocorreram recentemente na Polinésia Francesa e Brasil relataram condições mais severas, com envolvimento do sistema nervoso (GBS, mielite transversa, microcefalia e meningite). As epidemias provocadas pelo vírus Chikungunya (CHIK) e Zika vírus (ZIKV) têm sido consideradas as ocorrências epidemiológicas mais importantes da América. O quadro clínico da infecção por CHIK caracteriza-se por febre alta, exantema, mialgia, cefaléia e artralgia. Além do quadro clínico típico, manifestações atípicas como complicações neurológicas foram relatadas: meningoencefalite, mielorradiculopatia, mielorradiculite, mielite, mieloneuropatia, síndrome de Guillain-Barre (GBS), entre outras. O diagnóstico é baseado em critérios clínicos, epidemiológicos e laboratoriais. Em relação aos sinais e sintomas da infecção pelo ZIKV, erupção cutânea (principalmente maculopapular), febre, artralgia, mialgia, cefaléia e conjuntivite são os mais comuns. O tratamento para ZIKV e CHIK é sintomático, e o manejo das complicações neurológicas dependerá do tipo da afecção, Imunoglobulina venosa, plasmáfêrese, e pulsoterapia com corticosteróides são opções. Sendo relevante a atuação e acompanhamento do profissional de enfermagem no tratamento de pacientes com a Síndrome de Guillain-Barré. O objetivo é pesquisar sobre manifestações neurológicas e a infecção pelo vírus Zika, documentar um maior número de casos que desenvolveram a síndrome de Guillain Barré e outras manifestações neurológicas após infecção viral prévia, possivelmente causada pelos vírus Zika, da dengue ou Chikungunya, identificar se este cenário epidemiológico coincidiu com a explosão dos casos de dengue.

Palavras chaves: síndrome de Guillain-Barré; Zika vírus; vírus Chikungunya

ABSTRACT

Some recent epidemics in French Polynesia and Brazil have reported more severe conditions with involvement of the nervous system (GBS, transverse myelitis, microcephaly and meningitis). Epidemics caused by the Chikungunya virus (CHIK) and Zika virus (ZIKV) have been considered the most important epidemiological occurrences in America. The clinical picture of CHIK infection is characterized by high fever, rash, myalgia, headache and arthralgia. In addition to the typical clinical picture, atypical manifestations such as neurological complications have been reported: meningoencephalitis, myeloradiculopathy, myeloradiculitis, myelitis, myeloneuropathy, Guillain-Barre syndrome (GBS), among others. The diagnosis is based on clinical, epidemiological and laboratory criteria. In relation to the signs and symptoms of ZIKV infection, rash (mainly maculopapular), fever, arthralgia, myalgia, headache and conjunctivitis are the most common. Treatment for ZIKV and CHIK is symptomatic, and management of neurological complications will depend on the type of the condition, venous immunoglobulin, plasmapheresis, and pulse therapy with corticosteroids are options. Relevant to the performance and follow-up of the nursing professional in the treatment of patients with

Guillain-Barré Syndrome. The objective is to research on neurological manifestations and Zika virus infection, to document a greater number of cases that have developed Guillain Barré syndrome and other neurological manifestations after previous viral infection, possibly caused by the Zika, dengue or Chikungunya viruses, to identify whether this virus Epidemiological scenario coincided with the explosion of dengue cases.

Key words: Guillain-Barré syndrome; Zika virus; Chikungunya virus

1 Introdução

No Brasil, em 2015, circularam pelo menos nove arbovírus patogênicos, destacando-se três com circulação urbana sustentada: dengue, Chikungunya e vírus Zika.¹ A reemergência da dengue tem sido observada no país desde meados da década de 1980, enquanto a emergência do Chikungunya e do vírus Zika foi mais recente, tendo sido confirmada autoctonia, respectivamente nos anos de 2014 e 2015. História e epidemiologia O ZIKV foi relatado pela primeira vez em 18 de abril de 1947, quando uma febre misteriosa se desenvolveu em um macaco Rhesus na Floresta Zika de Uganda. O ZIKV foi então isolado, utilizando inoculação com soro Rhesus em cérebros de ratinho. O vírus foi isolado de humanos na Nigéria durante estudos realizados em 1968 e durante 1971-1975. De 1951 a 1981, a evidência sorológica de infecção ZIKV humana foi relatada a partir de outros países africanos, como Uganda, Tanzânia, Egito, República Centro Africano, Serra Leoa, Gabão e em partes da Ásia. A doença ZIKV foi detectada fora da África e da Ásia após um surto na ilha de Yap, em 2007. No início de 2015, os prontuários de pacientes com "síndrome de dengue" apareceram no serviço público de saúde da cidade de Natal, no Rio Grande do Norte, Brasil. O mesmo vírus foi reconhecido em fevereiro de 2015, na Bahia e em São Paulo. Posteriormente, ZIKV também foi descrita em Alagoas, Maranhão, Pará e Rio de Janeiro, mostrando sua capacidade de dispersão. O vírus se espalhou para pelo menos 14 estados brasileiros até dezembro de 2015. Em março de 2016, de fato, a incidência real da febre Zika é desconhecida devido a sintomas clínicos que imitam a infecção por dengue e à falta de testes laboratoriais simples. No entanto, em áreas endêmicas, estudos epidemiológicos têm mostrado alta prevalência de anticorpos contra Zika. O vírus Zika (ZIKV) é um RNA vírus, do gênero Flavivírus, família Flaviviridae. Até o momento, são conhecidas e descritas duas linhagens do vírus: uma Africana e outra Asiática. O principal modo de transmissão descrito do vírus é por vetores. Outras possíveis formas de transmissão documentadas na literatura são a de mãe para filho, por transplante de órgãos e medula óssea, por transfusão sanguínea ou via sexual e 6 exposições laboratorial. Embora o RNA ZIKV tenha sido detectado no leite materno, a transmissão através da amamentação ainda não foi demonstrada, reforçando as recomendações atuais de que as mães com infecção por ZIKV devem manter a amamentação para seus bebês.

A febre por vírus Zika é descrita como uma doença febril aguda, autolimitada, com duração de 3-7 dias, geralmente sem complicações graves, porém há registro de mortes e manifestações neurológicas. O paciente suspeito apresenta exantema maculopapular pruriginoso acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre ou hiperemia conjuntival sem secreção e prurido ou poliartralgia ou Edema periarticular. O surgimento de pacientes com manifestação neurológica com história prévia de infecção viral tem sido registrado em estados com circulação de vírus Zika e circulação concomitante de dengue e/ou chikungunya. As manifestações neurológicas dos pacientes incluem encefalites, meningoencefalite, mielite, Síndrome de Guillain-Barré - SGB, entre outras. CONCEITO: A síndrome de Guillain-Barré é uma condição neurológica de natureza autoimune na qual o nosso organismo produz, de forma anormal, anticorpos que atacam o envoltório natural dos nervos periféricos (a chamada bainha de mielina). Isso faz com que o impulso nervoso seja transmitido de forma extremamente lenta

através destes nervos. Essa lentificação na condução dos impulsos nervosos é a causa dos sintomas apresentados pelos pacientes. se caracteriza por uma fraqueza muscular ascendente (começando nas pernas e subindo para os braços). Esta fraqueza é variável, podendo se caracterizar por uma leve incapacidade de movimentação ou até a completa e total paralisia dos membros, da face, da musculatura da deglutição, da fonação e dos músculos respiratórios. Em 10 a 30% dos casos haverá paralisia respiratória fazendo com que o paciente necessite de ventilação artificial. Embora o quadro motor (de fraqueza muscular) predomine, são frequentes as dormências e formigamentos nas mãos e nos pés. Na fase aguda os pacientes podem também se queixar de dores nas costas e nos membros. Em 70% dos indivíduos pode haver alterações na pressão arterial e no ritmo cardíaco o que pode, se não tratadas, levar à morte súbita. A SGB, portanto, pode ser considerada uma emergência neurológica que exige internação hospitalar e tratamento em unidade de terapia intensiva uma vez confirmada. A doença evolui com piora progressiva em duas a quatro semanas, passando então a um período variável de estabilização e de melhora 7 progressiva ao longo de meses. Em cerca de em 15% dos casos há alguma sequela persistente. Acredita-se que algum fator prévio, seja traumático ou infeccioso (ZIKA VÍRUS) produza uma desregulação imunológica que faz com que o organismo monte uma reação cruzada entre partes do agente causador inicial (bactérias, vírus etc.) e o sistema nervoso. O sistema imune passa então a atacar os nervos como se estivesse atacando o agente que iniciou a reação imunológica.

2 Materiais e Métodos

Para Andrade (2001), a metodologia é o conjunto de métodos ou caminhos que são percorridos na busca do conhecimento. Pesquisar nada mais é do que coletar (de forma científica) dados e informações que tenham correlação com o problema. Para realização do presente trabalho, foram realizadas coletas de informações obtidas em pesquisas bibliográficas e documentais, contidas em artigos sobre o tema, publicados em livros, revistas e periódicos, bem como em artigos veiculados via internet, relacionados com a área de conhecimento denominada “Enfermagem / Projeto Integrador / Pré Projeto de Pesquisa”. A metodologia utilizada tem por objetivo dar embasamento científico necessário em todas as etapas e em conformidade com o programa definido. Com a finalidade de facilitar o entendimento, foram realizadas pesquisas, propondo-se tornar claro o assunto apresentado, através de informação para tentativa de solução do problema, com abordagem qualitativa, isto é, permitindo avaliar, as informações apresentadas. O conteúdo apresentado foi elaborado baseando-se na coleta de informações obtidas através de leitura de artigos, de obras específicas e comentários sobre o tema, culminando dissertativamente. As reflexões que o fundamentam são frutos das leituras realizadas até o momento, sobre o tema da pesquisa, acima especificada, buscando analisar através de pesquisas bibliográficas, as teorias e práticas que norteiam uma educação com princípios democráticos. Representam, porém, apenas um pequeno apanhado da investigação teórica já realizada acerca do assunto. E, para norteá-las, buscou-se embasamento na teoria de alguns autores renomados, com publicações de merecido destaque nessa área. As considerações de: POPPER (1975); PINHEIRO (2016); RIBEIRO (1995); FIOCRUZ (2016); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2016); MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017); MALTA (2017), dentre outros estudiosos do assunto, foram significativos para este estudo. A intencionalidade deste texto é de que a leitura do mesmo poderá servir como base ou ponto de partida para possíveis discussões e esclarecer dúvidas, através da busca do aprofundamento desse tema. Dessa forma, a contribuição da pesquisa pode representar uma alternativa a mais para o estudo voltado para a ressignificação e 13 esclarecimentos, por meio de informações claras e precisas sobre a associação da Síndrome de Guillain Barré associada ao Zika Vírus. De acordo com os princípios desta metodologia, as estruturas e elementos do conteúdo foram analisados por meio do estudo

minucioso de: livros, textos e artigos, palavras e frases que o compõe, procurando seu sentido e intenções, reconhecendo, comparando, avaliando e selecionando-o para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação, utilizando-se o critério temático. Problematização é a transformação de uma necessidade humana em problema. Segundo Popper (1975), toda discussão científica deve surgir com base em um problema ao qual se deve oferecer uma solução provisória a que se deve criticar, de modo a eliminar o erro. É uma questão não resolvida, é algo para o qual se vai buscar resposta, via pesquisa. Os procedimentos metodológicos necessários à realização da pesquisa proposta partem da abordagem qualitativa, permitindo descrever, analisar, objetivando ressaltar a necessidade de melhorar o controle vetorial nos municípios infestados com *Aedes aegypti*, já que somente essa espécie no Brasil está, até o momento, associada à transmissão de três arboviroses, dengue, Chikungunya e Zika e, também, o enorme desafio da vigilância epidemiológica em reconhecer precocemente as novas áreas com transmissão para minimizar o impacto dessas doenças na população. Através de auxílio de fontes bibliográficas que tratam da temática é possível efetivar a construção do conhecimento proposto para a investigação, gerando conhecimentos científicos significativos que podem auxiliar outros educandos no estudo da temática. A pesquisa proposta visa produzir conhecimentos a partir de fontes bibliográficas que expressem a associação da Síndrome de Guillain Barré associada ao Zika Vírus, suas consequências, o como tratar e combater essa epidemia, objeto de estudo de nossa pesquisa. A coleta de dados conta na sua primeira etapa, na elaboração de um projeto de pesquisa que trate da temática em questão, por meio de informações significativas que podem elevar qualitativamente o nível da pesquisa.

A proposta em discussão tem por pretensão utilizar uma abordagem qualitativa através do estudo exploratório, por meio de fontes impressas e eletrônicas, que será materializado em pesquisas de bibliografias de autores a fins da temática abordada. Este estudo envolve pesquisas bibliográficas, leitura, artigos científicos e revistas retirados do Google acadêmico, no Scientific Electronic Library Online (SCIELO), e no Banco de Dados de Enfermagem (BDENF) selecionados na Biblioteca Virtual de Saúde e livros, leis e decretos, que se relacionassem à temática abordada, visando uma grande gama de informações que atendam nosso objetivo proposto, com a proposta de fundamentar o tema escolhido considerando a real situação desta epidemia visando selecionar conteúdo que dará base a pesquisa.

3 Resultados e Discussão

Um estudo com essa especificidade, além de incrementar os conhecimentos do autor, profissionais e demais pessoas que se interessam pelo assunto, pode também proporcionar um melhor entendimento no que concerne ao aumento da epidemia de dengue no Brasil, na tentativa de desenvolver a qualidade e um melhor funcionamento da Saúde Pública em parceria com o Estado e a sociedade. O interesse pelo assunto surgiu ao observar que a epidemia de dengue cresce no Brasil devido a falta de comprometimento da Saúde Pública, políticas eficazes do Estado em obras e investimentos financeiros mais acentuados e falta de interesse da sociedade sobre o assunto. Por isso, a definição do problema visa responder quais os fatores contribuem para o crescimento da dengue no Brasil? Justifica-se a escolha do tema pelo fato de acreditar que a Gestão Democrática possa se efetivar a partir do direito de construirmos coletivamente nossos projetos para uma escola pública emancipatória, de direito e de fato. Segundo especialista, com intervenção no momento certo, 95% dos casos têm tratamento. Em Natal (RN), depois de testes realizados em pacientes brasileiros, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) comprovou a relação entre o zika vírus e a Síndrome de Gillain-Barré. A descoberta aumenta o alerta em relação ao vírus. A Síndrome de Guillain-Barré tem caráter autoimune e geralmente se manifesta após uma infecção por vírus ou bactéria. Terminada a infecção, o sistema imunológico do paciente sofre um “colapso”, identifica células do organismo como estranhas e as ataca. O ataque das células de

defesa causa inflamação e deterioração da bainha de mielina, a capa que protege os nervos periféricos. A consequência é o comprometimento da passagem dos estímulos nervosos, resultando em paralisia muscular. No Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), referência no estudo e tratamento da Guillain-Barré no Rio Grande do Norte, foram registrados 16 casos da síndrome apenas no primeiro semestre de 2015. Entre 1994 e 2014, anualmente eram registrados entre 10 e 20 casos. De acordo com o médico neurologista do HUOL Clecio Godeiro Junior, "até 95% dos pacientes que desenvolvem a síndrome, se receberem intervenção no momento certo, quando os primeiros sinais aparecem, terão tratamento eficaz e recuperação sem sequelas". "Habitualmente, a primeira sensação é formigamento nos pés e nas mãos, seguido de fraqueza, que costuma começar nos membros inferiores e subir, podendo também haver comprometimento da musculatura respiratória, que é a situação mais grave", explica. Combate ao Aedes Aegypti e alerta aos sinais A ação mais eficaz contra as doenças associadas ao Zika Vírus é o combate à proliferação do Aedes Aegypti, mosquito transmissor da dengue, Zika e Chikungunya, com a eliminação de lixo, objetos e utensílios que possam acumular água parada. No entanto, quem contrair Zika deve procurar uma unidade básica de saúde e, após a infecção, ficar alerta para a associação de sintomas que caracterizam a Síndrome de Guillain-Barré. A atuação do enfermeiro na Síndrome de Guillain-Barré 15 A Síndrome de Guillain-Barré que também não é bem entendida pela maioria dos enfermeiros. Porém, vale a pena saber mais sobre essa doença, uma vez que os casos aumentaram significativamente, principalmente nos estados do Nordeste, suspeitos de estarem ligados ao vírus da Zika. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), quatro estados do Nordeste tiveram aumento superior a 100% de incidência no número de casos da síndrome de Guillain-Barré. Definição Síndrome de Guillain-Barré (SGB), também conhecida como polineuropatia desmielinizante inflamatória aguda, é uma doença de evolução rápida que se manifesta comumente na forma de fraqueza simétrica, perda sensorial e arrefecia. (Morton/Fontaine, 2011). Portanto, é uma neuropatia periférica inflamatória em que os linfócitos e os macrófagos retiram a mielina dos axônios.

O principal sintoma do Guillain-Barré é a fraqueza muscular, geralmente iniciada nas pernas e com progressão ascendente. Em questão de algumas horas, às vezes poucos dias, a doença começa a subir e acometer outros grupos musculares, indo em direção a braços, tronco e face. A síndrome de Guillain-Barré pode apresentar diferentes graus de agressividade, provocando apenas leve fraqueza muscular em alguns pacientes ou casos de paralisia total dos 4 membros em outros. O principal risco desta doença está nos casos em que há acometimento dos músculos respiratórios e da face, provocando dificuldade para respirar, engolir e manter as vias aéreas abertas. Até 30% dos pacientes com SGB precisam ser ligados a um ventilador mecânico (respirador artificial). Cerca de 70% dos pacientes também apresentam outros sintomas além da fraqueza/paralisia muscular, como taquicardia (coração acelerado), hipertensão ou hipotensão, perda da capacidade de suar, arritmias cardíacas, retenção urinária ou constipação intestinal. Dor nos membros enfraquecidos é comum e ocorre provavelmente pela inflamação dos nervos. 16 Em geral, o Guillain-Barré progride por duas semanas, mantém-se estável por mais duas e, então, começa a regredir, um processo que pode durar várias semanas (ou meses) até a recuperação total. Em alguns pacientes, a SGB progride tão lentamente que a doença começa a regredir antes mesmo de chegar à parte superior do corpo. Estes são os casos de melhor prognóstico e menor risco de sequelas. Como a bainha de mielina dos nervos periféricos tem capacidade de se regenerar, a grande maioria dos pacientes consegue recuperar todos (ou quase todos) os movimentos. Após 1 ano de doença, 60% dos pacientes apresentam recuperação completa da força muscular e 85% recuperam-se o suficiente para já estarem andando sem ajuda, mantendo uma vida praticamente normal. As sequelas só costumam ocorrer nos casos mais graves. A mortalidade da SGB é de 5% e, aproximadamente, 10% dos pacientes não conseguem voltar a andar sem ajuda. Os critérios que estão associados a um maior risco de sequelas são:

- Idade avançada do paciente.

- Rápida evolução para os membros superiores, geralmente com menos de 7 dias.
- Presença de paralisia muscular já no momento da primeira avaliação médica.
- Necessidade de ventilação mecânica.
- Guillain-Barré surgido dias após um quadro de diarreia.

O diagnóstico da síndrome de Guillain-Barré deve ser suscitado em todo paciente com quadro progressivo de fraqueza motora, com pouco ou nenhum comprometimento da sensibilidade. Os dois exames complementares que ajudam no diagnóstico são a punção lombar, para avaliação do líquor, e a eletroneuromiografia, um exame que avalia a resposta dos músculos a estímulos elétricos. Nos últimos anos alguns anticorpos contra proteínas presentes nos nervos têm sido descobertos. Os anticorpos que podem ser pesquisados no sangue são: anti-GQ1b, GM1, GD1a, GalNac-GD1a, GD1, GT1a, GD1b. **TRATAMENTO DO GUILLAIN-BARRÉ** Todos os pacientes diagnosticados com Guillain-Barré devem ficar internados para observação, mesmo os com doença leve, uma vez que o acometimento dos músculos respiratórios pode ocorrer rapidamente. O tratamento se baseia em duas terapêuticas: 17 – Plasmaférese – Uma espécie de hemodiálise na qual é possível filtrar os autoanticorpos que estão atacando a bainha de mielina (leia: ENTENDA O QUE É PLASMAFERESE). – Imunoglobulinas – Injeção de anticorpos contra os auto-anticorpos que estão atacando a bainha de mielina. Os dois tratamentos são igualmente efetivos e devem ser iniciados dentro das primeiras quatro semanas de doença para terem mais efeito. O tratamento acelera a recuperação e diminui os riscos de sequelas. Antigamente usavam-se corticoides, mas estes foram abandonados por ausência de benefícios nos trabalhos científicos realizados. Hoje em dia, portanto, os corticoides não estão mais indicados no tratamento do Guillain-Barré. Quem já teve Guillain-Barré uma vez pode tê-lo de novo, mas as recorrências são incomuns, acometendo apenas cerca de 5% dos pacientes. Causas aproximadamente metade das pessoas que desenvolvem a doença apresenta uma doença febril, geralmente gastrointestinal ou respiratória, duas a três semanas antes do início. Infecções mais comuns:

- *Campylobacter jejuni*
- Citomegalovírus ▪ Vírus Epstein Barr – família Herpesvírus
- *Mycoplasma pneumoniae*
- Vírus varicela-zoster Fisiopatologia – (Morton/Fontaine, 2011).

Em condições normais, os axônios mielinizados conduzem os impulsos nervosos com rapidez. Ao longo do trajeto de uma fibra mielinizada existem interrupções na bainha (nó neurofibroso – nódulos de Ranvier) em que há o contato direto entre a membrana celular do axônio e o líquido extracelular. A membrana é altamente permeável nesses nódulos, resultando em boa condução. O movimento de íons para dentro e fora do axônio pode acontecer com rapidez apenas nos nódulos de Ranvier; por conseguinte, um impulso nervoso ao longo de uma fibra mielinizada pode saltar de um nódulo para outro (condução saltatória) com bastante rapidez. 18 Na SGB ocorre uma perda da bainha de mielina que circunda o axônio. Essa bainha é sensível a afecções e vários agentes como trauma, hipoxemia, componentes químicos tóxicos, reações imunológicas e insuficiência vascular. Os axônios desmielinizados têm dificuldade de conduzir os impulsos nervosos com rapidez. Em virtude do dano na bainha de mielina, a propagação saltatória do potencial de ação é alterada, resultando em velocidade lenta, assincronia de condução, condução desorganizada ou completo bloqueio de condução. Manifestações clínicas A SGB pode desenvolver-se com rapidez durante o curso de horas ou dias, ou pode levar de três a quatro semanas, apresentando:

- Paralisia flácida ascendente – inicialmente fraqueza nos membros inferiores e, após nos membros superiores
- Perda dos reflexos tendinosos profundos

- Alteração dos nervos cranianos e do tronco
- Alteração dos músculos respiratórios – comprometimento respiratório
- Distúrbios autônomos: retenção urinária e hipotensão ortostática
- Hipersensibilidade e dor à pressão profunda ou movimento de alguns músculos
- Parestesias

Obs.: A síndrome não afeta o nível de consciência, a função cognitiva e nem a função pupilar. Os sintomas podem progredir por várias semanas e essa progressão ocorre em três estágios:

- Estágio agudo: aparecimento dos sintomas e progressão rápida até não ocorrer mais deterioração adicional

- Estágio em platô: os sintomas têm duração de dias até algumas semanas

- Estágio de recuperação: essa fase pode durar até dois anos – provável remielinização e regeneração axônica.

Diagnóstico Depende da história clínica e progressão dos sintomas. – Começam com fraqueza ou parestesia dos membros inferiores e ascendem em um padrão simétrico.

- Punção lombar: revelando aumento dos níveis de proteína (atenção aos resultados negativos, pois na primeira semana somente 50% dos pacientes apresentam aumento das proteínas, enquanto que após a terceira semana o percentual passa para 90%).

- Provas de função pulmonar: estabelecimento de um parâmetro de comparação à medida que a doença avança. A queda da função respiratória pode indicar a necessidade de ventilação mecânica e tratamento em UTI.

- Eletroneuromiograf

ia. Tratamento

- Assistência ventilatória – quando necessário 21

- Prevenção da Trombose Venosa Profunda (TVP) e Embolia Pulmonar (EP) com anticoagulantes, dispositivos de compressão sequencial e meias compressivas antiembólicas.

- Monitorização de arritmias

- Plasmaférese – remoção mecânica de fatores humorais

- Imunoglobulina intravenosa

- Analgesia

- Suporte fisioterápico

- Tratamento psicológico

Atuação do enfermeiro - A avaliação cuidadosa e o plano de intervenções ajudam a minimizar complicações da mobilidade prejudicada e a promoção da reabilitação sem déficits.

- Exame neurológico: nervos cranianos, avaliação de alterações motoras e sensoriais

- Prevenção de broncoaspiração – pelo déficit dos nervos cranianos

- Monitorização da pressão arterial (PA) e frequência cardíaca (FC) – como o sistema autônomo está envolvido nessa síndrome, podem ocorrer taquicardia sinusal, arritmias e instabilidade de PA

- Monitorização do padrão respiratório e da capacidade vital forçada – a cada 6 horas

- Monitorização da função gastrointestinal e urinária – presença de náuseas e vômitos, risco de obstipação e infecção do trato urinário devido à retenção urinária

- Prevenção de úlceras por pressão – pela imobilidade

- Prevenção de TVP – colocação de meias compressivas

- Exercícios passivos – minimizam o risco de desenvolver contraturas

- Medidas de alinhamento do corpo – talas protetoras para evitar hiperflexão do punho e pé caído

- Dietoterapia por sonda – se incapacidade de alimentação por via oral

- Implementação de métodos de comunicação – se comunicação verbal prejudicada por intubação orotraqueal

- Balanço hídrico

- Proteção ocular – se paralisia facial

4 Conclusão

Do ponto de vista epidemiológico, já é esperado o evento de manifestações neurológicas com histórico de infecção viral, devido à velocidade da dispersão do vírus Zika no país. A etiologia para esse aumento de casos, todavia, permanece sob investigação. É necessário buscar adquirir maior conhecimento dentro da área de imunologia e fisiologia médica. Apesar da medicina estar muito avançada, falta integração entre os profissionais de saúde. Muitas doenças devem ser avaliadas por equipe multidisciplinares o que não vem acontecendo. A atuação do profissional enfermeiro é de grande importância como integrante das equipes de saúde no tratamento dessa enfermidade, o qual pode facilitar muito o diagnóstico da doença, tratamento e possível cura. Conclui-se ainda que, no cotidiano, no combate aos casos da doença, necessário se faz, tomada de decisões mais adequadas em uma ação integrada das diversas instâncias pelo controle da dengue dentro de uma perspectiva global e ainda levantar dados mais precisos, que permitam avançar na identificação dos principais fatores sociais econômicos-ambientais que interferem nessa questão.

5 Referências

Copyright, Portal da Saúde – Ministério da Saúde. Febre Amarela: **Saiba quem deve se vacinar**. (2017). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/descricao-da-doenca-zika>. Acessado em: 17/04/2017.

FIOCRUZ. Vírus Zika: **Perguntas e Respostas**. (2016). Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/quais-os-sintomas-da-sindrome-de-guillain-barre>. Acessado em: 17/04/2017.

MALTA, Juliane Maria Alves Siqueira, ET AL. **Síndrome de Guillain-Barré e outras manifestações neurológicas possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika em municípios da Bahia**, 2015. Epidemiol. Serv. Saúde, vol.26, n., Brasília, Jan./Mar. (2017). Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000100009&lang=pt#B1. Acessado em: 17/04/2017.

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). (2016). Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/quais-sao-os-sintomas-de-zika>. Acessado em: 17/04/2017.

PINHEIRO, Pedro. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ – SINTOMAS E TRATAMENTO. MD. Saúde. (2017). Disponível em: <http://www.mdsaude.com/2008/12/o-que-sndrome-deguillain-barr.html>. Acessado em: 17/04/2017.

PINHEIRO, Talys J. ET AL. 2016. Manifestações neurológicas das infecções pelos vírus Zika e Chikungunya. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2016001100937&lang=pt. Acessado em: 00/04/2017.

POPPER, K. R. **Conhecimento objetivo**. Uma abordagem evolucionária. São Paulo: Editora Itatiaia. 394 p.; 1975. RIBEIRO D. O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras; 1995. 476 p

TODOS CONTRA HPV

**Adriana Rocha MORAIS¹, Aliane Fernandes FARIA¹, Bruna da Silva COSTA¹, Cristiane Perisse SOUZA¹,
Fernanda de Medeiros Costa Lannes BARROSO², Sérgio Henrique de Mattos MACHADO³, Filipe Meneguelli
BONONE² & Gisele Simas dos SANTOS²**

¹ Discentes da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

² Docente da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Enfermagem – Itaperuna/RJ, Brasil.

³ Docentes da Universidade Iguaçu – Campus V – Curso de Graduação em Farmácia – Itaperuna/RJ, Brasil.

RESUMO

É um vírus que atinge a pele e as mucosas, podendo causar verrugas ou lesões precursoras de câncer, como câncer de colo de útero, garganta e anus; o HPV pode causar verrugas em diferentes partes do corpo, se transmite no contato de pele com pele, por isso pode ser considerado uma doença sexualmente transmissível. Existem vários tipos, sendo que o 14 podem causar lesões precursoras de câncer, essas lesões são causadas pelos HPVs tipos 16 e 18, sendo que 6 e 11 também são bastante comuns em mulheres, mas causa apenas verrugas genitais. Outro ponto importante sobre o HPV é que apesar dos sintomas normalmente se manifestarem após entre 2 e 8 meses da infecção, ele pode ficar incubado, ou seja, presente no organismo, mas se manifestar por anos. Por isso é praticamente impossível saber quando ou como a pessoa foi infectada pelo HPV. O objetivo do projeto é realizar uma revisão de alguns aspectos do HPV englobando: história, sintomatologia tratamentos, bem como, buscar meios de vincular informações sobre a doença à população, conhecer sinais, sintomas e tratamentos do HPV. Informar à população sobre sinais e sintomas e tratamento do HPV para que haja uma diagnóstico precoce. Relacionar os tratamentos de HPV, propor ações que levem à população sobre a gravidade da doença. Desenvolver a percepção quanto a importância de seu tratamento e de seus parceiros sexuais e promoção de comportamentos preventivos

Palavras chaves: HPV, Tipos de HPV

ABSTRACT

It is a virus that reaches the skin and mucous membranes, and can cause warts or cancer-causing lesions, such as cervical, throat and anus cancer; HPV can cause warts on different parts of the body, it is transmitted on skin-to-skin contact, so it can be considered a sexually transmitted disease. There are several types, 14 of which can cause cancer precursor lesions, these lesions are caused by HPVs types 16 and 18, 6 and 11 are also quite common in women but cause only genital warts. Another important point about HPV is that although the symptoms usually manifest after 2 to 8 months of infection, it can become incubated, that is, present in the body, but manifests for years. So it is virtually impossible to know when or how the person became infected with HPV. The objective of the project is to perform a review of some aspects of HPV encompassing: history, symptomatology treatments, as well as, finding ways to link information on the disease to the population, to know signs, symptoms and treatments of HPV. Inform the public about signs and symptoms and treatment of HPV for early diagnosis. Relate the HPV treatments, propose actions that lead the population on the severity of the disease. Develop awareness about the importance of your treatment and your sexual partners and promote preventive behaviors

Key words: HPV, Types of HPV

1 Introdução

O HPV é uma abreviatura em inglês do Papiloma Vírus Humano. É um vírus que resulta em uma infecção sexualmente transmissível (IST), que causa verrugas genitais em pele e mucosa e também é chamado de condiloma acuminado e crista-de-galo.

Existem mais de 150 de subtipos de HPV e cerca de 13 tipos de HPV são considerados oncogênicos (que podem evoluir para o câncer), principalmente do colo do útero e anus. Não se conhece o tempo em que o HPV pode permanecer sem sintomas e quais são os fatores responsáveis pelo desenvolvimento de lesões. A infecção causada pelo HPV pode ser assintomática ou provocar o aparecimento de verrugas com aspecto parecido ao de uma pequena couve-flor na pele e nas mucosas. Será percebida a penas através de exames específicos, se forem mais graves as células infectadas pelos vírus podem perder os controles naturais sobre o de multiplicação, invadir os tecidos vizinhos e formar um tumor maligno como câncer do colo do útero, do ânus e do pênis. É possível também o aparecimento de prurido, queimação, dor e sangramento. Essas lesões também podem aparecer na boca e na garganta do homem e da mulher. A vacina aplicada no Brasil é a quadrivalente, recomendada pela OMS, com eficácia de 98%, protegendo o indivíduo dos tipos 6,11,16 e 18 da doença. Em 2014 o Sistema Único de Saúde (SUS) lançou uma campanha nacional para imunizar meninas de 11 a 13 anos contra o HPV. O Ministério da Saúde recomenda que a adolescente seja submetida a três doses da vacina, sendo a segunda seis meses depois da primeira, e a terceira, cinco anos após a primeira dose. A maioria das infecções é causada por quatro variantes as 16 e 18 (consideradas de alto risco) são responsáveis por 70% dos casos de câncer de colo de útero. Já os tipos 6 e 11, respondem por 90% das verrugas genitais (de baixo risco). É preciso entender que a vacinação é uma ação: ela vai proteger dos tipos de HPV (6,11,16 e 18) com os quais a pessoa ainda não entrou em contato. Geralmente as verrugas são ocasionadas pelos tipos menos oncogênicos. Dessa forma, mesmo que a pessoa já teve verrugas vaginais poderá se beneficiar da vacina para protegê-la dos tipos mais oncogênicos, se ela ainda não entrou em contato com esses agentes.

O HPV pode ser diagnosticado através do exame ginecológico e de exames laboratoriais, como Papanicolau, colposcopia, peniscopia e anuscopia. Deve se realizar diagnostico diferencial incluindo variações anatômicas, outras doenças infecciosas e neoplasias. No exame papanicolau se faz o IVA, que é uma inspeção visual do colo uterino através da aplicação de ácido acético no rastreamento das neoplasias intraepiteliais e lesões induzidas pelo HPV. A forma de tratamento deverá ser escolhida levando-se em conta a idade do paciente, o tipo de HPV, a extensão e a localização das lesões Estes tratamentos podem ser divididos em químicos, quimioterápicos, imunoterápicos e cirúrgicos. De acordo com a Saúde Pública, a importância da vacinação na faixa etária entre 9 e 13 anos de meninas. O Ministério da Saúde está programando para este ano também vacinar os meninos a partir de 12 anos. A vacina serve para os seguintes subtipos: 6, 11, 16 e 18.

Papiloma Vírus Humano (HPV): É um vírus DNA não cultivável da família do Papovirus, com mais de 150 subtipos. Esses agentes ganharam grande importância epidemiológica e clínica por estarem relacionados ao desenvolvimento de câncer. Os grupos de sorotipos considerados de elevado risco oncogênico são: 6,11, 16, 18, 31, 33, 45 e o 58. Período de incubação (de 1 a 20 meses, em média 3 meses).

2 Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo descritivo que visa a informar a faixa etária de jovens e adultos quanto as problemáticas do HPV e suas prevenções. A pesquisa teórica feita com análise de

periódicos eletrônicos que discutam assuntos referentes ao HPV. Serão utilizadas referências por meio de livros, artigos científicos e manual do Ministério da Saúde.

3 Resultados e Discussão

O HPV (Papilomavírus Humano) é uma das doenças sexualmente transmissíveis com maior ocorrência no Brasil. Esta que também atinge homens, cujas suas principais vítimas são mulheres, os casos vem aumentando significativamente a cada ano, ainda que a dispor estejam inúmeras informações, há pessoas que desconhecem a importância de detectá-las. O vírus em si não é letal, entretanto, quando não tratado da maneira correta, tem por ocasião o câncer, pois o HPV é responsável pela maior parte dos casos de câncer no colo do útero em mulheres no Brasil.

4 Conclusão

Conviver com qualquer doença exige responsabilidade. Muitas vezes, receber o diagnóstico de uma doença sexualmente transmissível tem um impacto emocional muito negativo. Por isso, é importante fazer o acompanhamento ginecológico recomendado e seguir o tratamento conforme a orientação médica. Além disso, busque maneiras de falar sobre isso, com amigos, familiares e profissionais de saúde de confiança. Para manter uma vida sexual e prazerosa, é preciso cuidar de si mesmo e do parceiro, encarando as situações difíceis com responsabilidade.

5 Referências

Berman A, Winkelmann RK. Involuting common warts. J Am Acad Dermatol. 1980;3:356-62.

Cirino FMSB, Nichiata LYI, Borges ALV. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. Esc Anna Nery. 2010 Jan-Mar; 14(1):126-34. 21.

Trajman A, Belo MT, Teixeira EG, Dantas VCS, Salomão FM, Cunha AJLA. Conhecimento sobre DST/AIDS e comportamento sexual entre estudantes do ensino médio no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003 Fev; 19(1):127-33.

Crawford LV, Crawford EM. A comparative study of polyoma viruses. Virology. 1963;21:258-63.

Hazard K. Cutaneous Human Papillomaviruses [Thesis]. Malmo: Lund University; 2007.

Romero KT, Medeiros EHGE, Vitale MSS, Wehba J. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. Rev Assoc Med Bras. 2007 Fev; 53(1):14-9.

Rubben A, Kalka K, Spelten B, Grussendorf-Conen E-I. Clinical features and age distribution of patients with HPV 2/27/57- induced common warts. Arch Dermatol Res. 1997;289:337-40.