



III Seminário de Enfermagem

DIAS **29 E 30** DE MAIO DE 2015

ISSN: 2358-1530

UNIVERSIDADE
FEEVALE



SUMÁRIO

PATOLOGIAS NA TERCEIRA IDADE: ESTUDO DE CASO SOBRE SANGRAMENTO PÓS-MENOPAUSA	04
PROJETO AME: UM ESTUDO DE CASO.....	06
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM OBSTETRÍCIA SINAIS DE ALERTA.....	07
CONHECIMENTO DO PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA PULMONAR CRÔNICA ACERCA DA SUA DOENÇA	09
HIPOTERMIA NO PACIENTE CIRÚRGICO: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ÁREA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DA REGIÃO DO VALE DO RIO DOS SINOS	10
TABAGISMO NA GESTAÇÃO	12
A IMPORTÂNCIA DO AUTOEXAME DA MAMA.....	14
ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS TAXAS DE SOBREVIVÊNCIA ESTRATIFICADAS POR PESO AO NASCIMENTO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO EM PORTO ALEGRE NO ANO DE 2014	16
APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM PACIENTE COM MENINGITE BACTERIANA INTERNADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE CASO	18
PARTICULARIDADES DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR BÁSICO: ATENDIMENTO PRIMÁRIO À CRIANÇA POLITRAUMATIZADA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES EM MOTOCICLISTAS VÍTIMAS DE ACIDENTES: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
NEUROTOXOPLASMOSE EM PACIENTE IMUNODEPRIMIDO: ESTUDO DE CASO	24



SITUAÇÕES MAIS COMUNS ENCONTRADOS NOS RECÉM-NASCIDOS DURANTE VISITAS DOMICILIARES.....	26
QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE ONCOLÓGICO COM VULNERABILIDADE SOCIAL.....	27
AVALIAÇÃO DO PERFIL BIOQUÍMICO DE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE IVOTI/RS	29
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA REALIZAÇÃO DO TESTE DO PEZINHO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	30
CURATIVOS INDICADOS PARA O TRATAMENTO DE QUEIMADURAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	31
O PAPEL DA ENFERMAGEM FRENTE A PACIENTES ESTOMIZADOS: UM ESTUDO DE CASO	33
FEBRE CHIKUNGUNYA, EPIDEMIOLOGIA E PREVENÇÃO.....	35
EBOLAVÍRUS – CUIDADOS PARA EVITAR PROPAGAÇÃO DO CONTÁGIO	37
TRAQUELECTOMIA E CONIZAÇÃO: ESTUDO DE CASO SOBRE LESÃO ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRAU PARA MALIGNIDADE (NIC II), ENDOCERVICITE CRÔNICA COM METAPLASIA ESCAMOSA.....	39



PATOLOGIAS NA TERCEIRA IDADE: ESTUDO DE CASO SOBRE SANGRAMENTO PÓS-MENOPAUSA

Marcelo Bernardes; Fabiane Invernizzi; Juliane Maria Possebon¹
Maristela Peixoto²

Introdução: Menopausa é o nome dado à última menstruação ovário-dependente de uma mulher, momento em que a mesma está entrando no período de climatério, quando ocorre a passagem do período reprodutivo para o não reprodutivo. Após doze meses da data da última menstruação, o sangramento que ocorrer é definido como sangramento pós-menopáusicos. Esta manifestação clínica é considerada o principal sintoma do câncer de endométrio que aparece na maioria dos casos. O endométrio na pós-menopausa é atrófico, usualmente fino, geralmente uma linha ecogênica e não deve ultrapassar 6 mm de espessura, medidas acima de 6 mm são suspeitas de malignidade, a neoplasia maligna de endométrio. O câncer do endométrio tem como fatores de risco: obesidade e dieta rica em gordura animal; idade precoce da primeira menstruação e menopausa tardia, hipertensão arterial, diabetes, história família de câncer de mama, ovário, colon, uso de tamoxifeno, nuliparidade, síndrome dos ovários policísticos, terapia de reposição hormonal de estrogênio sem associação de progesterona, e sintomas: sangramento pós-menopausa e dor baixo ventre. é a doença ginecológica maligna mais comum, nas mulheres acima de 50 anos. **Objetivo:** Este estudo visa partilhar o caso de uma paciente com relato de sangramento pós-menopausa, atendida durante consulta de enfermagem por alunos do curso de enfermagem da Universidade Feevale, durante o estágio curricular II em uma clínica de saúde da mulher em uma cidade do Vale do Rio dos Sinos. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de caráter demonstrativo. Os dados da paciente foram coletados em campo de estágio sendo mantidos em absoluto sigilo a verdadeira identidade da mesma. **Resultados:** Consulta realizada em 19 de março de 2015, T. C. Q., 64 anos, 109 kg, 1,54 m, casada, dois filhos nascidos de partos vaginais, amamentou por tempo máximo de seis meses, menarca aos 13 anos, menopausa aos 52 anos, uso de anticoncepcional oral por 20 anos, fumou por 30 anos, nega uso de álcool ou outras drogas. Informa que não tem rotina de procurar atendimento médico, somente se necessário. Última coleta de citopatológico e mamografia a mais de 4 anos. Motivo da consulta: coleta de citopatológico, durante a consulta paciente informa que apresentou sangramento vaginal por 08 dias em dezembro e 01 dia no mês de janeiro. Realizou consulta em 29 de janeiro de 2015, com o ginecologista, o mesmo solicitou ecografia pélvica, a qual foi realizada em 12 de março de 2015, no exame ficou evidenciado o espessamento do endométrio de 1,9cm. Ao exame das mamas, foi encontrado nódulo de tamanho importante no quadrante inferior externo da mama direita, segundo a mesma, refere que o profissional médico já havia constatado o nódulo a certo tempo, porém, disse que não era nada para se preocupar. Mama esquerda sem alterações. Não foi coletado o citopatológico devido ao risco aumentar o sangramento e consulta agendada para avaliação com o ginecologista do hospital. Nega qualquer

¹ Graduando e graduandas curso Enfermagem, 8º semestre, Universidade Feevale.

² Enfermeira Esp. Maristela Cássia Peixoto. Docente do curso de Enfermagem, Universidade Feevale.



outro sintoma patológico. **Conclusão:** Diante do exposto, observa-se que mulheres obesas e/ou com história de ciclos menstruais irregulares têm maiores chances de desenvolver câncer endometrial. Grande parte de sangramentos pós-menopausa é causado devido à atrofia e afinamento do colo do útero, sendo que em alguns casos, o sangramento pode ser sinal de câncer de endométrio. Se descoberto nos estágios iniciais, o câncer de endométrio pode ser curado. Sabendo disso, prevalece a importância da adequada informação e promoção em saúde.

Palavras-chave: Terceira idade. Sangramento. Menopausa. Câncer de endométrio.



PROJETO AME: UM ESTUDO DE CASO

Karolina Kanzler Duarte; Marciane Costa; Verusca Ferreira Mello¹
Ise Maria Kunzler²

Introdução: A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) até a criança completar os seis meses de idade, ou seja, neste período não devem ser incluídos outros alimentos ou bebidas em sua dieta. A partir do sexto mês de vida, deve-se incluir gradativamente alimentos complementares, mantendo o aleitamento materno até no mínimo os dois anos de idade. (BRASIL, 2008). **Objetivo:** Apresentar um estudo de caso avaliando a efetividade do aconselhamento em Aleitamento materno exclusivo (AME) no processo de amamentação de uma beneficiária do projeto AME. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo e retrospectivo. A primeira abordagem ocorreu na sala de espera de uma ESF do município de Novo Hamburgo, enquanto a gestante aguardava pela consulta de pré-natal. Após o nascimento se deu seguimento ao atendimento através da visita domiciliar, para avaliação e acompanhamento da amamentação. **Resultados:** A abordagem foi de forma individual a uma gestante com 38 anos, mãe de três filhos, com idade gestacional de 38 semanas e 3 dias, na sala de espera. Foi realizada uma conversa informal, momento em que a gestante relatou experiências negativas sobre aleitamento materno. As orientações foram realizadas através da utilização de material didático como mamas de tecido onde eram apresentados todos os tipos de mamilos, estrutura anatômica e boneco representando o recém-nascido. Foram abordados o posicionamento correto do bebê, pega e sucção correta, técnicas para esgotamento da mama, prevenção de fissura e ingurgitamento mamário, produção do leite, postura adequada para melhorar o conforto na amamentação. Após três dias do parto e sete dias do aconselhamento, foi realizada a visita domiciliar onde observou-se o bebê tranquilo acompanhado pela mãe, recebendo AME com pega correta, porém a mãe apresentava mamas com ingurgitamento, dolorosas, sensíveis a palpação. Foi realizado o auxílio para o esvaziamento da mama e reforçado as informações sobre cuidados com as mamas, com resultado satisfatório avaliado na visita seguinte. **Conclusão:** Observou-se que o aconselhamento teve um resultado satisfatório, pois as informações repassadas antes do nascimento do bebê, foram essenciais para a implementação do AME. Salienta-se a importância da abordagem sobre o aleitamento materno já no pré-natal inclusive no sentido de formar o vínculo com a mãe.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Nutrição infantil. Saúde materno infantil.

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Feevale.

² Corpo Docente do curso de Enfermagem da Universidade Feevale.



URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM OBSTETRÍCIA SINAIS DE ALERTA

Jaqueline Stein; Jussinara Silva; Roberto Jacques¹
Maristela Peixoto²

O índice brasileiro de mortalidade materna é muito superior aos índices de outros países latino-americanos. A cada ano, por complicações da gravidez, parto ou pós-parto morrem, no Brasil, cerca de 73 mulheres por 100 mil crianças nascidas vivas (em comparação a 19 mortes no Chile e 6 no Canadá); a cada dia morrem 4 mulheres, em algum hospital, por causas relacionadas à gravidez. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis, mas para isso é indispensável a participação ativa do sistema de saúde. Diversos países em desenvolvimento já obtiveram excelentes resultados na melhoria de seus indicadores por meio de ações organizadas, amplas, integradas e com cobertura abrangente, utilizando tecnologias simples e economicamente viáveis. Nesse contexto nos deparamos com uma parcela pequena de gestantes que denominamos *gestantes de alto risco* em que se fundamenta no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo tal probabilidade maior para uns que para outros. Essa diferença estabelece um gradiente de necessidade de cuidados que vai desde o mínimo, para os indivíduos sem problemas ou com poucos riscos de sofrerem danos, até o máximo necessário para aqueles com alta probabilidade de sofrerem agravos à saúde. Para uma atuação eficiente de assistência, visando à identificação dos problemas que possam resultar em maiores danos à saúde das mulheres e/ou seus filhos ou filhas, é necessária a utilização de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados de maneira diferenciada. **Objetivo** – Pesquisar a cerca dos sinais de alerta mais importantes que levam a gestante ao atendimento de urgência e emergência. **Método** – O presente estudo elaborado a partir de revisão bibliográfica de artigos, livros e protocolo assistencial hospitalar de 2013 e 2014. **Resultado** – Foi encontrado nos materiais pesquisados os seguintes sinais de alerta que visam prioridade no atendimento segundo o Protocolo de Urgência e Emergência. **Primeiro Grupo – Prioridade Máxima – Vermelha – Emergência**- Gestante com hemorragia genital e/ou dor aguda. Exteriorização de partes fetais pelos genitais. Queixa de ausência de movimentos fetais nas últimas 24 horas. Dor abdominal aguda (8/10) na suspeita da gravidez. **Segundo Grupo – Prioridade I – Laranja – Muito Urgente**- Gestante com hipertensão ($\geq 160 \times 100$). Gestante com febre ($\geq 40^\circ\text{C}$). Gestante com relato de convulsão pós comicial. **Terceiro Grupo – Prioridade II – Amarelo – Urgente**- Queixa relacionada a amamentação. Gestante com queixa de perda de líquido em média e grande quantidade. Bolsa Rota comprovada. Gestante com vômitos. Vítimas de violência. De acordo com o Ministério da Saúde, é de extrema importância a interação e adesão da gestante com a unidade de saúde tendo como objetivo principal da assistência pré-natal e puerperal, acolher a mulher desde o início da gestação, garantindo no término desta, o nascimento de uma criança saudável e bem-estar do

¹ Acadêmicos de Enfermagem do 8º semestre da Universidade Feevale.

² Docente orientadora do curso de enfermagem da Universidade Feevale.



binômio mãe-filho, contribuindo assim, para a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal observados no Brasil. **Conclusão** – O presente estudo foi elaborado durante as práticas de estágio curricular da saúde da mulher onde concluímos a importância da atenção e avaliação dos sinais de alerta para o atendimento adequado e precoce nas situações de urgência e emergência em gestantes.

Palavras-chave: Gestante. Sinal de Alerta. Urgência. Emergência.



CONHECIMENTO DO PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA PULMONAR CRÔNICA ACERCA DA SUA DOENÇA

Jocasta Gabriela Herbert; Pricilla Prado Schäfer; Priscila Franz Leite¹
Kelly Furlanetto²

Tema: Conhecimento do paciente portador de Doença Pulmonar Crônica (DPC). **Justificativa:** A DPC é uma doença respiratória caracterizada pela limitação do fluxo de ar no pulmão, geralmente é progressiva e associada a uma inflamação anormal no pulmão ou nos pulmões, o desenvolvimento está ligado à predisposição genética, infecções, tabagismo, poluição atmosférica. A educação em saúde, é um processo de ensino-aprendizagem, que possibilita aos educandos uma transformação na sua própria vida, o autoconhecimento em relação às doenças e agravos e uma melhora na qualidade de vida (QV). **Problema:** A DPC tem um alto índice de mortalidade, tornando-se problema de saúde pública, é a 3º maior causa de internações hospitalares no Brasil. Educação em saúde é um fator importante para o cuidado e do tratamento das DPC, pois auxilia o portador para o manejo da mesma. Neste sentido questiona-se: Pacientes portadores de DPC tem conhecimento em relação a sua doença? **Objetivo:** Verificar o conhecimento do paciente portador de DPC, sobre sua doença, atendidos no Projeto de Reabilitação Pulmonar (PRP). **Metodologia:** Tratou-se de um estudo quantitativo, exploratório descritivo. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O questionário sobre conhecimento da DPC foi aplicado no início da participação dos pacientes no PRP composto por 14 questões onde foram extraídas 4 referentes à cronicidade da doença. O mesmo foi aplicado no Laboratório de Estudos de Atividade Física (LEAFFES). A população foram todos os pacientes portadores de DPC, que iniciaram PRP no período de fevereiro de 2015 totalizando 15. A estatística utilizada foi descritiva representada por e números relativos e porcentagens. **Resultados Finais:** Em relação a DPC, 13 (86.6%) dos pacientes responderam sim quando questionados se possuem uma doença pulmonar crônica, porém 01(6,7%) respondeu não ter doença crônica e 01(6,7%) desconhece que possui DPC. Quando questionados sobre a falta de ar ser um sintoma da DPC, os pacientes foram unânimes na resposta, ou seja, 15 (100%) deles responderam que sim. Quando questionados sobre a DPC ocorrer devido a existência de outras doenças, 07 (46.7%) deles responderam que sim, sendo 06 (40%) afirmaram não ter associação com outra doenças e 02 (13.3%) deles desconhecem. Em resposta a questão sobre a cura da sua DPC 01 (6,7%) respondeu que há cura, 10 (66,7%) dos respondentes que não e 04 (26,6%) desconhecem cura. **Considerações finais:** O conhecimento dos pacientes portadores de DPC é limitado, em relação a sua doença. O papel da enfermagem, junto a equipe multidisciplinar no PRP é transmitir conhecimento sobre a doença e seus agravos a destes pacientes, assim os estimulando a ter autoconhecimento e cuidado visando melhorar os sintomas da doença e QV.

Palavras-chave: Reabilitação pulmonar. Doença pulmonar Crônica. Educação em saúde.

¹ Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Feevale.

² Mestre em Qualidade ambiental pela Universidade Feevale.



HIPOTERMIA NO PACIENTE CIRÚRGICO: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ÁREA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DA REGIÃO DO VALE DO RIO DOS SINOS

Aline dos Santos Bastos¹

Karine da Silva²

Introdução: o corpo humano não consegue produzir o calor necessário para manter a função fisiológica adequada se a temperatura corporal ficar abaixo dos 35°C, essa baixa da temperatura pode ocorrer nos pacientes cirúrgicos, podendo resultar em complicações importantes. Sintomas aparecem em virtude do ato anestésico, devido à termorregulação do corpo e um decréscimo do metabolismo do paciente. O cuidado da normotermia durante o procedimento cirúrgico, pode causar em especial a diminuição no sangramento intra-operatório, da infecção e como resultado redução da permanência na SRPA. É de competência da equipe de enfermagem da área cirúrgica a prevenção, o manuseio com os equipamentos e tratamento da hipotermia. **Objetivos:** o estudo teve como objetivo geral avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem frente à hipotermia do paciente cirúrgico; caracterizando os participantes quanto ao tempo de formação e experiência na área, identificando as técnicas utilizadas pela equipe de enfermagem na prevenção e no tratamento da hipotermia. **Metodologia:** o presente estudo é descritivo, exploratório e de caráter quantitativo, realizado em um Hospital da Região do Vale do Rio dos Sinos no mês de março de 2014. Para alcançar a proposta foi realizado um estudo com técnicos de enfermagem e enfermeiros, funcionários da instituição, na área perioperatória. O instrumento aplicado foi um questionário de múltipla escolha preenchido pelo pesquisador. A amostra foi constituída por vinte e cinco funcionários, sendo quatro enfermeiros e vinte e um técnicos de enfermagem que se enquadraram nos critérios de inclusão. **Resultados:** em relação aos resultados, estes demonstram que o grupo predominante, em relação à idade, foi de vinte a trinta anos (48%), sendo que apenas um profissional é do sexo masculino (4%). A maioria dos profissionais que participaram da pesquisa tem por formação o técnico de enfermagem (84%). A maior parte destes profissionais acredita que é comum o paciente cirúrgico apresentar hipotermia (80%) e dentre destes, quinze profissionais (60%) creem que a perda da consciência é o modo que a hipotermia interfere no período pós-operatório. Já 13 profissionais (52%) acreditam que a hemorragia é uma complicação da hipotermia. Quando questionados referente ao método de aquecimento utilizado 100% dos profissionais utilizam a manta térmica. Vinte e três profissionais (92%) mantêm, durante o período transoperatório, somente a região a ser operada exposta. **Conclusão:** os resultados obtidos demonstram que os profissionais da área perioperatória necessitam de orientações sobre a temática abordada na pesquisa e que muitas das incertezas e ações inadequadas realizadas por estes, são o reflexo da pouca importância que é dada ao assunto pelos profissionais da saúde, especialmente pela enfermagem. Os dados expostos nesta pesquisa poderão acrescentar e dar incentivo a outras práticas educacionais para o desenvolvimento técnico e conceitual.

¹ Enfermeira. Graduada pela Universidade Feevale – Novo Hamburgo – Brasil.

² Orientadora. Docente do Curso de Enfermagem - Universidade Feevale - Novo Hamburgo – Brasil.



Contribuindo assim com a construção do saber, acrescentando qualificação aos serviços prestados pela equipe de enfermagem na área perioperatória.

Palavras-chave: Hipotermia. Enfermagem. Área perioperatória.



TABAGISMO NA GESTAÇÃO

Caroline Borba Cardoso; Vanessa Miron Dahmer; Janessa Soares; Suélen Stiehl Alves¹
Maristela Peixoto²

Introdução: A literatura mundial mostra os malefícios do tabagismo sobre a saúde fetal, materna e também no desenvolvimento da gestação. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca da metade dos fumantes morrem precocemente devido as condições associadas ao tabagismo. Segundos estudos realizados em 2009, o cigarro foi responsável por mais de 5 milhões de mortes por ano, no mundo e, a estimativa é de que, se os padrões de consumo continuarem inalterados, o cigarro provocará em torno de 8 milhões de mortes/ano, por volta do ano de 2030. Presume-se que o tabagismo passivo cause, em torno de 600.000 mortes prematuras por ano, em todo o mundo, sendo 31% em crianças e 64% em mulheres. O uso do tabaco antes e durante a gestação é considerado um dos principais fatores evitáveis de doença e morte entre gestantes e crianças. O tabaco está associado à pobreza, baixo nível de educação e problemas psicológicos. As mulheres que param de fumar antes de engravidar e durante a gestação, diminui os efeitos do fumo sobre o organismo. A gestação é um momento ideal pra o abandono do tabagismo, pois a mulher está mais suscetível a seguir as orientações dadas pelos profissionais de saúde e o contato é mais forte entre ambos (profissional/paciente). Os programas de saúde no pré-natal ajudam a reduzir os números de mulheres que continuam fumando durante a gestação, reduzindo assim os riscos de complicações. O papel do profissional da saúde é fundamental neste processo de alerta, sobre os danos do tabagismo sobre o organismo e incentivando o abandono do hábito propondo acompanhamento e tratamento. **Objetivo:** Esse trabalho tem como objetivo identificar os malefícios e complicações encontradas com o uso do tabaco durante a gestação. **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica onde foram utilizados 5 artigos captados em banco de dados eletrônicos, entre o período de 2009 a 2010, realizado em campo de estágio em uma clínica de saúde da mulher. **Resultados:** O tabagismo na gestação é particularmente danoso, já que não afeta só a fumante em si, mas a evolução da gravidez e o desenvolvimento da criança. As principais complicações maternas são: gravidez ectópica: fecundação fora da cavidade uterina (tubas uterinas); abortamento: interrupção da gravidez ocorrida antes da 22ª semana de gestação; ruptura prematura da bolsa: rotura espontânea das membranas ovulares antes do começo do trabalho de parto; parto prematuro: idade gestacional entre 22 e 37 semanas (pré-termo); descolamento prematuro da placenta: separação da placenta da parede uterina antes do parto; placenta prévia: placenta que se implanta total ou parcialmente no segmento inferior do útero. As complicações do feto manifestam-se de diferentes formas como: aumento da frequência cardíaca; baixo peso ao nascer; malformações congênitas; alterações importantes no desenvolvimento do sistema nervoso fetal e aumento da natimortalidade. Ainda provoca aumento do risco da mortalidade na infância (40%), maior propensão a infecções do trato respiratório, asma, problemas de ouvido, nariz e garganta, problemas psicológicos, problemas de comportamento,

¹ Acadêmicos de Enfermagem Universidade Feevale, oitavo semestre.

² Docente Coordenadora Universidade Feevale.



déficit de atenção e hiperatividade. **Conclusão:** A atenção primária é o local ideal para intervir no processo saúde/doença da gestante, não só por ser porta de entrada do sistema de saúde mas também pela integralidade da mulher. Conclui-se que o tabagismo na gestação traz inúmeros malefícios para a mulher gestante, prejudicando não somente a mãe mas principalmente o feto.

Palavras chaves: Gestação. Tabagismo. Malefícios do tabaco.



A IMPORTÂNCIA DO AUTOEXAME DA MAMA

Suélen Stiehl Alves; Naura Santos Fraga; Patrícia Brum; Adelir Cemin¹
Maristela Peixoto²

INTRODUÇÃO: O câncer de mama é o tipo mais frequente na população feminina, sendo uma das principais causas de morte por câncer no mundo. No Brasil, a maior incidência e mortalidade ocorrem nas regiões Sul e Sudeste. Em 2014, estima-se que tenham ocorrido cerca de 57.120 casos de câncer de mama no país. O câncer é definido como a multiplicação irregular das células e sua pré-disposição para se disseminar pelo organismo, que reagem por alterações genéticas, hereditárias ou adquiridas e pela exposição a fatores ambientais ou fisiológicos. Os principais fatores de risco para o câncer de mama é a idade - como um dos mais importantes -, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade, exposição à radiação, reposição hormonal, obesidade, sedentarismo, ingestão regular de álcool, tabagismo e história familiar. Os sintomas mais comuns do câncer de mama são o surgimento de um nódulo na mama e/ou axila geralmente indolor, duro e com bordas irregulares, ocorrem mais frequentemente no quadrante superior externo da mama, dor mamária e alterações na pele que recobre a mama, abaulamentos ou retrações com aspecto parecido a uma casca de laranja. Os principais métodos para detecção precoce do câncer de mama são o autoexame, o exame clínico das mamas realizado por profissionais de saúde e a mamografia. Embora o autoexame das mamas geralmente detecte casos mais avançados de câncer de mama, ele ainda é responsável pela descoberta de cerca de 80% dos casos de neoplasias. O autoexame da mama não tem contra indicações, devendo ser realizado mensalmente, entre o sétimo e o décimo dia (a contar do primeiro dia da menstruação). Nos casos de climatério, histerectomia e amamentação, quando a mulher não menstrua, deve-se realizar o exame mensalmente, sempre no mesmo dia de escolha da mulher. **OBJETIVO:** Este trabalho tem como objetivo identificar a importância da realização do autoexame da mama para o diagnóstico precoce do câncer de mama. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão bibliográfica dentro do campo de estágio. Foram selecionados artigos sobre Câncer de mama e sua detecção precoce, publicados no período de 2010 a 2015, os descritores utilizados foram: câncer de mama, autoexame de mama. O banco de dados para a busca foi o Scielo, acrescentando publicações do Ministério da Saúde. **RESULTADOS:** De acordo com a literatura em torno de 80 a 90% dos casos de câncer de mama foram detectados pelas próprias mulheres através do autoexame das mamas. Embora este método não seja recomendado isoladamente, associando-o com o exame clínico das mamas, realizado de forma adequada, são considerados um eficiente método de detecção dos cânceres, podendo ser realizado em qualquer serviço de saúde com baixo custo. Observou-se uma grande resistência e dúvidas a cerca da realização do autoexame das mamas, tanto quanto pelo preconceito quanto pela falta de orientação adequada dos profissionais de saúde. Também há uma maior incidência da não adesão ao autoexame entre mulheres com idade mais avançada, sendo estas as com maior risco de desenvolvimento desta neoplasia. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

¹ Acadêmico do curso de Enfermagem – Universidade Feevale

² Docente do curso de Enfermagem – Universidade Feevale



Concluiu-se que há uma maior necessidade de políticas que incentivem o autoexame da mama, assim como maior capacitação aos profissionais de saúde para a realização do exame clínico e para que possam fornecer orientações adequadas referentes à técnica do autoexame. Com isso busca-se neutralizar os fatores de risco e aumentar a detecção precoce com esta técnica.

Palavras-chave: Autoexame da mama. Câncer de mama. Detecção precoce.



ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS TAXAS DE SOBREVIDA ESTRATIFICADAS POR PESO AO NASCIMENTO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO EM PORTO ALEGRE NO ANO DE 2014

Janice Terezinha Kollet; Jéssica Daiana Haubert;
Pâmela da Maia Santos; Rodrigo dos Santos Miranda¹
Leandro Meirelles Nunes²

Introdução: Nos últimos 25 anos no Brasil, em virtude das ações desenvolvidas para a promoção de saúde da criança tais como campanhas de vacinação, enfrentamento das diarreias e da desnutrição, o perfil de sobrevivência infantil vem se modificando, com queda nas taxas de mortalidade infantil (TMI) de 51,6% no ano de 1990 para 29% em 2000 e chegando a 14,4% no ano de 2014, representando, dessa forma, uma redução em 75% nas mortes em crianças menores de um ano, para cada mil nascidos vivos. Apesar do componente pós-natal ser o responsável pela maior parte da redução da mortalidade infantil, o componente neonatal ainda representa a maior parcela da TMI. Estudos epidemiológicos destacam que crianças que nascem com o peso abaixo de 2.500 gramas (g) tem 20 vezes mais chance de óbito. O baixo peso ao nascer, definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o peso de nascimento abaixo de 2.500 g, é uma preocupação de saúde pública devido a maior morbidade e mortalidade neonatal associada a este grupo de recém-nascidos. A classificação da OMS estratifica os neonatos de baixo peso em baixo peso ao nascer para aqueles nascidos com peso entre 1501-2499 g, muito baixo peso para aqueles entre 1000-1500g e extremo baixo peso para os nascidos com peso abaixo de 1000g. A literatura destaca, ainda, que os óbitos neonatais, estão interligados com as condições de vida e saúde da mulher, por dependerem da assistência prestada a gestante, durante a gestação, parto, pós-parto e os primeiros cuidados com o neonato. **Objetivo:** Analisar e descrever o número de nascimentos e a taxa de sobrevivida de neonatos com peso de nascimento abaixo de 1500 gramas internados em um hospital terciário na cidade de Porto Alegre no período de janeiro a dezembro de 2014. **Método:** Estudo exploratório descritivo, de delineamento transversal e com abordagem quantitativa, cujos dados foram coletados a partir do relatório anual da Instituição. Foram considerados elegíveis todos os recém-nascidos vivos nascidos na Instituição e caracterizados como de muito baixo peso e/ou extremo baixo peso, isto é, com peso de nascimento entre 400-1500g. **Resultados:** Houve 64 nascimentos no período supracitado e o número de nascimentos seguido da frequência absoluta de sobrevivência são apresentados em 4 categorias: os nascidos com menos de 500g com 3 nascidos vivos (0% sobrevivida), entre 501-750g com 11 nascimentos (36% sobrevivida), 751- 1000 g com 13 nascimentos (69% de sobrevivida) e entre 1001-1500g com 37 nascimentos e 98% de sobrevivida. **Conclusão:** Esse estudo confirma o relatado na literatura especializada, de que quanto menor o peso de nascimento, menores são as taxas de sobrevivida. A mortalidade neonatal vem diminuindo de forma bem mais lenta do que a TMI, e apesar do limiar

¹ Autora (s). Acadêmica (s) de Enfermagem da Universidade Feevale.

² Orientador. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFRGS. Docente de Patologia do ICS da Universidade Feevale.



de viabilidade fetal ter diminuído para 300-400g ao nascimento nos últimos anos, as taxas de sobrevivência ainda estão aquém do desejável. Cada centro deve então conhecer suas estatísticas para planejar ações que visem o aumento nas taxas de sobrevivência e conseqüentemente a diminuição da morbimortalidade neonatal. Por fim, acreditamos ainda que a melhor solução a ser buscada é a diminuição dos índices de nascimentos prematuros, mediante um atendimento pré-natal eficaz no acompanhamento a gestação, desenvolvimento do feto e a preparação para o parto.

Palavras chave: Recém-nascido. Prematuro. Mortalidade.



APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM PACIENTE COM MENINGITE BACTERIANA INTERNADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE CASO

Fernanda Wichrowski Barreto; Tuane Machado Chaves¹
Caren Mello Guimarães²

Introdução: A inflamação das meninges pode ser causada por uma série de microorganismos ou pode ocorrer por uma condição não infecciosa. A meningite é identificada pelo aumento do número de células no líquido cefalorraquidiano e caracterizada clinicamente por uma grande variedade de sinais e sintomas. O reconhecimento do agente etiológico da meningite e escolha da terapêutica estão associados ao prognóstico e evolução da doença (COTA; CAMPOS; JÚNIOR, 2006). O paciente em estudo teve como foco infeccioso inicial a meningite, seguida da sepse, que é caracterizada quando a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) é decorrente de um processo infeccioso comprovado e foi seguido do choque séptico. Atualmente a equipe de enfermagem, especialmente o enfermeiro se depara com inúmeros desafios na atuação em terapia intensiva, necessitando de atualizações constantes para apropriar-se das novas tecnologias e da grande gama de informações características deste ambiente. Com isso, a utilização de ferramentas que facilitem as ações de enfermagem, como a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é de suma importância na prestação de cuidados ao paciente gravemente enfermo. Visto isso, nota-se que neste contexto a elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem, que fazem parte da SAE está intimamente associada a um tratamento efetivo para garantir qualidade na assistência ao paciente (CHAVES; LISBOA; FERREIRA FILHO, 2013). O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento metodológico, organizado e sistematizado, que possibilita ao enfermeiro compreender, descrever e explicar como o paciente responde aos processos vitais, problemas de saúde e ao tratamento e permite a identificação dos aspectos que necessitam de intervenções de enfermagem (OLIVEIRA; BIANCHINI, 2010). O PE é composto por cinco etapas, etapas estas que estão inter-relacionadas. São elas: Investigação, Diagnóstico de Enfermagem (DE), Planejamento, Implementação e Avaliação (ALFARO-LEFEVRE, 2010). **Objetivo:** Apresentar os diagnósticos de enfermagem (DE) priorizados e intervenções de enfermagem (IE) para um paciente, internado em uma unidade de terapia intensiva. **Metodologia:** Trata-se de um relato de caso de um paciente do sexo masculino, 19 anos de idade, casado, com história prévia de bronquite, com diagnósticos de meningite bacteriana por meningococemia, Insuficiência renal aguda, CIVD (coagulação intravascular disseminada) e choque séptico. Fez uso contínuo de vasopressor, sedativos e curarizante, escala de sedação de Ramsay 6, manteve sonda nasointestinal, tubo orotraqueal, ventilação mecânica invasiva, cateter venoso central, catéter tripolúmex, sonda vesical de demora e fraldas. Apresentou pé direito com necrose e pododáctilos em processo de mumificação e realizou hemodiálise por módulo convencional. Foram realizadas todas as etapas do processo de enfermagem, bem como consulta ao prontuário, garantindo sigilo da identidade

¹ Acadêmicas do curso de Enfermagem - Universidade Feevale.

² Mestre Docente do Curso de Enfermagem - Universidade Feevale.



do paciente e da instituição. **Resultados:** A partir da lista de problemas foram elaborados 12 DE, dos quais 06 são reais e 06 de risco. Diante desses 12 DE, foram priorizados apenas 04, por se tratar de diagnósticos que representam os problemas de maior gravidade para este paciente, a saber: Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionado à imobilidade, secundário a: efeito sedativo do medicamento Midazolam, evidenciado pela diminuição do reflexo de tosse e roncospulmonar. Perfusão tissular periférica ineficaz, relacionado ao comprometimento do fluxo sanguíneo, secundário a coagulação intravascular disseminada, evidenciado por modificação na cor da pele (cianose). Risco de infecção relacionada ao local de invasão do organismo, secundário a presença de vias invasivas, diálise, intubação, história de infecções e imobilidade prolongada. Motilidade gastrointestinal disfuncional relacionada à imobilidade, alimentação enteral, agentes farmacológicos (atracúrio/ opiáceos/ narcóticos/ antibióticos), evidenciado por distensão abdominal e aumento do resíduo gástrico. As respectivas intervenções para os diagnósticos acima citados foram: Manter cabeceira elevada 45º, manter balonete do TOT inflado até 22 mmHg, aspirar vias aéreas superiores, cavidade oral e TOT sempre que houver necessidade, mudança de decúbito a cada duas horas, verificar o posicionamento da sonda nasoentérica antes de administrar medicamentos ou dieta via sonda. Manter as extremidades aquecidas, mudança de posição dos membros a cada hora, reduzir os pontos de pressão externos, elevar as extremidades acima do nível do coração (se não for contraindicado), uso de bandagens ou meias elásticas abaixo do joelho para prevenir estase venosa, medir a circunferência basal das panturrilhas e das coxas e lavar e secar bem os pés diariamente. Higienizar as mãos antes e após o manuseio ao paciente, Realizar técnicas assépticas, Administrar os antimicrobianos prescritos dentro de 15 minutos do horário estabelecido, observar manifestações clínicas de infecções, instruir a família quanto às causas e riscos do contágio de infecções, bem como lavagem das mãos. Monitorar sinais de íleo paralytico, tais como distensão abdominal, constipação, náuseas ou vômitos, dor a palpação e redução dos ruídos intestinais. **Considerações finais:** Após revisão de literatura, discussão e reflexão das IE, verificamos a importância da atenção integral ao paciente, bem como a utilização do método para assistência. A priorização dos DE's no paciente crítico pode prejudicar a assistência, tendo em vista a complexidade e gravidade do estado clínico do paciente. Além disto, o PE promoveu o exercício do raciocínio crítico, norteando as atividades realizadas pelos demais integrantes da equipe que presta assistência ao paciente. Ao realizar o processo de enfermagem envolvido no cuidado deste paciente, percebeu-se a importância da anamnese e exame físico detalhado, para validação dos DE que contemplam todas as necessidades do mesmo e otimize o tratamento adequado em menor tempo possível. As condutas terapêuticas devem ser reavaliadas periodicamente para visualização da evolução clínica do paciente a cada dia, ajustando as IE conforme necessidades do mesmo. (Universidade Feevale).

Palavras-Chave: Meningite bacteriana. Sepses. Processo de enfermagem. Cuidados de enfermagem.



PARTICULARIDADES DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR BÁSICO: ATENDIMENTO PRIMÁRIO À CRIANÇA POLITRAUMATIZADA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Jaqueline Valesan¹

Mírian dos Santos²

Maristela Cassia de Oliveira Peixoto³

Introdução: Na maior parte do mundo, o trauma ocupa a primeira causa de morte na infância. O atendimento pré-hospitalar pediátrico, exige do profissional um olhar diferenciado, já que muitas são as situações que podem dificultar o atendimento adequado à criança vítima de politraumatismo, entre elas as estruturas anatômicas, a tensão psicológica, o manejo da dor, a angústia, a ansiedade da equipe, e principalmente, a eminência de morte da criança. **Objetivo:** descrever quais as particularidades no atendimento primário à criança politraumatizada que devem ser consideradas no atendimento pré-hospitalar básico. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica a partir de pesquisa eletrônica em bases de dados, LILACS e SCIELO, no período 2010 a 2015 e artigos escritos na língua portuguesa, utilizando os seguintes descritores: Criança traumatizada. Atendimento Pré-Hospitalar. Particularidades atendimento pediátrico. Após a leitura do título e resumo dos estudos, foram identificados e selecionados seis estudos, com a leitura na íntegra dos artigos, apenas quatro abordavam os assuntos relacionados a esse assunto. Os artigos foram analisados e revisados, selecionando-se aqueles que tratam das questões envolvendo o atendimento pré-hospitalar (APH), a avaliação inicial, o exame primário (ABCDE) e particularidades da criança e a prevenção. Devido à escassez de artigos encontrados foi utilizado como literatura complementar livros sobre o tema em estudo. **Síntese dos dados:** em relação ao atendimento primário da criança politraumatizada, os cuidados não diferem dos prestados aos pacientes adultos, porém, a criança possui particularidades as quais exigem da equipe de atendimento o conhecimento e aprimoramento contínuo. Reconhecer as fases de crescimento e desenvolvimento da criança, assim como os mecanismos peculiares de lesões, são de suma importância para realizar o atendimento completo à vítima pediátrica. O exame primário ao paciente traumatizado respeita a sequência do ABCDE, ou seja, no controle da via aérea/imobilização da coluna cervical, ventilação, monitoramento do sistema circulatório, avaliação do estado neurológico, a exposição/controle de hipotermia, imobilização em maca rígida e direcionamento até o hospital referência, caracterizam as funções do atendimento pré-hospitalar (APH). As particularidades no atendimento primário à criança politraumatizada, que devem ser consideradas no atendimento pré-hospitalar básico são, a desproporção da relação do tamanho da cabeça com o corpo, aumentando o risco de TCE e trauma de coluna, quanto à via aérea, possui uma cavidade oral pequena em relação ao tamanho da língua facilitando obstrução da mesma, os órgãos internos são mais propícios a lesões, devido o tórax ser mais elástico, ocasionando traumas

¹ Enfermeira. Mestranda do curso de mestrado profissional de enfermagem da UNISINOS.

² Acadêmica de enfermagem, Universidade Feevale.

³ Orientadora Docente do curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Feevale.



internos passíveis de sangramentos. De contrapartida as fraturas de arcos costais são pouco comuns. Visto a importância de todas as etapas que constituem o atendimento pré-hospitalar, é possível afirmar que a maneira eficaz para diminuir a mortalidade e as sequelas relacionadas ao trauma, está intimamente relacionada à organização do atendimento pré-hospitalar, o que propicia ao usuário maior chance de sobrevivência. O transporte da criança politraumatizada, caracteriza um momento importante do atendimento, sendo assim, deve ser realizado com agilidade e segurança e é de responsabilidade da equipe atuante no atendimento pré-hospitalar.

Considerações finais: A prioridade ao atender uma vítima pediátrica politraumatizada é o reconhecimento e o atendimento imediato aos agravos que podem causar risco de vida. Entretanto, o trauma caracteriza-se como um problema de saúde pública, e como tal, se faz necessário a sua prevenção. A prevenção tem como objetivo mudanças de atitude, de comportamento e no conhecimento. Educar as crianças e os adultos, quanto à importância do uso dos dispositivos de segurança e de seus benefícios, trará consequências positivas em longo prazo. No atendimento pré-hospitalar básico deve-se considerar durante o exame primário, a avaliação da permeabilidade das vias aéreas com controle da cervical, a ventilação, a circulação e controle de hemorragias, a avaliação neurológica, a exposição com o controle da hipotermia e, além disso, a atenção às particularidades da criança politraumatizada. O conhecimento dos profissionais envolvidos no atendimento pré-hospitalar é de suma importância, pois reconhecendo as particularidades apresentadas pela criança no atendimento primário prestado com qualidade na fase aguda do trauma, trará benefícios imediatos à vítima e na sua qualidade de vida futura.

Palavras-chave: Criança traumatizada. Atendimento Pré-Hospitalar. Particularidades atendimento pediátrico.



CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES EM MOTOCICLISTAS VÍTIMAS DE ACIDENTES: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Neivo Abel Mallmann; Janice Terezinha Kollet¹
Adilson Adair Boes²

Atualmente as causas externas são consideradas uma das maiores causadoras de morbimortalidade no mundo, acarretando em mais de 12% dos óbitos e algo em torno de 50 milhões de pessoas incapacitadas ao ano, dentre elas temos os acidentes de trânsito, destacando os motociclistas que por sua vez sofrem o maior índice de óbitos e lesões graves incapacitantes. No Brasil, ocorreu a chamada explosão de vendas que elevou em 610% o número motos circulante no período de 1998 até o ano de 2011, devido à facilidade na compra, baixo custo de manutenção e consumo além da agilidade no trânsito. Decorrente deste aumento, o índice de mortalidade passou de 0,5 para 4,5/100.000 habitantes, aumento de 800% no período. **Objetivo:** Identificar as características das principais lesões que acometem os motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito, através de revisão da literatura. **Método:** Estudo qualitativo do tipo revisão bibliográfica. As fontes de pesquisa foram artigos científicos publicados em periódicos indexados sobre o tema nos últimos cinco anos (2010 – 2015). Para a busca foram utilizados descritores com as palavras: lesões em motociclistas; perfil das lesões em motocicletas; acidentes com motociclistas. Foram encontrados 22 artigos, dos quais foram incluídos 5 indexados na base de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo, BDEF (base de dados de Enfermagem) e LILACS (índice bibliográfico da literatura relativa às ciências da saúde) e PUBMED. Após a leitura do material na íntegra, foi preenchida uma ficha bibliográfica, da qual emergiram os resultados. **Resultados:** As lesões que acometem os motociclistas variam de gravidade, de acordo com o trauma que eles sofrem. Identificamos que são consideradas extremamente graves as lesões de traumas crânio encefálicas e traumas raquimedulares, lesões muito graves são as amputações de membros; graves podem ser as fraturas de membros inferiores; médias as fraturas de membros superiores e lesões diversas são as demais como luxações e escoriações entre outras. Das ocorrências atendidas mais 50% das vítimas possuem lesões graves, a região cervical, craniana e facial corresponde por aproximadamente 29% das lesões, os membros inferiores são acometidos em mais de 37 % dos casos, devido ao comprometimento das lesões coxofemoral, tíbia, articulações grande parte sofrem amputações, os membros superiores sofrem lesões em mais de 22% dos acidentes, as lesões nas regiões torácicas, dorsal e abdominal representam algo em torno de 12%. Para termos uma dimensão da gravidade deste cenário, foram identificadas em um serviço de reabilitação fisioterápica ortopédica do Estado de Santa Catarina, mais de 70% dos pacientes oriundos de acidentes de trânsito com motocicletas. **Conclusão:** Mediante aos dados, observa-se que a gravidade das lesões está diretamente relacionada com a região corporal afetada bem como a intensidade do impacto. Da mesma forma compreendemos que é de extrema importância reforçar as medidas de prevenção, aumentar a proteção dos usuários deste meio de transporte

¹ Autor (a). Acadêmico (a) de Enfermagem da Universidade Feevale.

² Orientador. Mestre em Biologia Celular e Molecular Aplicada à Saúde.



diminuindo a taxa de impostos sobre materiais e equipamento de prevenção e proteção contra acidentes, bem como aumentar a fiscalização, pois além de fragilidade dos motociclistas, a imprudência no trânsito é uma das maiores ameaças à vida. Ainda, a identificação precoce de lesões nestes pacientes possibilitam um melhor tratamento e desfecho aos mesmos.

Palavras-chave: Acidentes com motociclistas. Trauma. Lesões em motociclistas.



NEUROTOXOPLASMOSE EM PACIENTE IMUNODEPRIMIDO: ESTUDO DE CASO

Fernanda Alberici; Viviane Kopper; Livia Krever de Souza¹
Cristiane Gisele Gomes²

A neurotoxoplasmose é considerada a infecção neurológica oportunista mais comum em indivíduos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). A toxoplasmose cerebral, como também é chamada, acomete, em sua maioria, indivíduos HIV positivos com contagem de linfócitos T CD4 < 200 células/mm³. Toxoplasmose é uma doença geralmente assintomática e possui os felinos como hospedeiros finais, sendo transmitida através de cistos presentes nas fezes desses animais. A contaminação pode ser fecal, direta ou por vetores, tais como insetos, moscas e vermes; podendo infectar, além do homem, pássaros e mamíferos; sendo rara a transmissão transplacentária. Os cistos do *Toxoplasma gondii* persistem no organismo por um período indeterminado e a imunossupressão provoca o recrudescimento da toxoplasmose que, se diagnosticada e tratada a tempo, pode não apresentar danos neurológicos focais e do sistema extrapiramidal. O diagnóstico da neurotoxoplasmose em pacientes soropositivos, conhecidos pela depressão do sistema imunológico, é feito a partir de exames de imagem do crânio, geralmente tomografias, que irão apresentar lesões com aspectos característicos, devendo-se atentar também para manifestações neurológicas e picos febris, porém, é recorrente no âmbito hospitalar indivíduos descobrirem-se portadores do vírus HIV após o diagnóstico da patologia. A realização do tratamento nos casos de neurotoxoplasmose tem o objetivo de evitar que a patologia reincida, estagnando a sua progressão e evitando, inclusive, a disseminação do patógeno. **Objetivo:** Este trabalho objetiva relatar o histórico, as manifestações clínicas, o diagnóstico, tratamento e a profilaxia da neurotoxoplasmose em um indivíduo imunodeprimido. **Metodologia:** Esta pesquisa trata-se de um estudo de caso que foi realizado a partir da aplicação do processo de enfermagem em uma paciente HIV+ com manifestações da patologia em um hospital da região metropolitana de Porto Alegre, no período de nove de março de 2015 a três de abril de 2015, durante as atividades práticas da disciplina de Estágio Curricular I. **Resultados:** A paciente está em sua oitava internação hospitalar, apresentando manifestações da neurotoxoplasmose através da evolução de sintomas como, diminuição do movimento de extensão em membro superior esquerdo, crises convulsivas recorrentes e períodos de confusão e desorientação. Colaborativo com as lesões neurológicas a paciente mantém-se acamada, com fala dislática, desidratada, faz uso de sonda nasoenteral Dobb-Roff funcionando para alimentação, com ausculta de borborigmos presentes ao teste, inserida em narina esquerda, observa-se bexigoma evidenciando redução da capacidade de esvaziamento completo da bexiga, abdômen distendido à inspeção, tenso à palpação e sinal de piparote positivo à percussão. A paciente está em tratamento contínuo com antirretrovirais e, visto que já apresenta seqüelas neurológicas, o esquema terapêutico para a neurotoxoplasmose é de manutenção, visando estagnar o quadro com as medicações de referência. **Considerações**

¹ Acadêmicas do quinto semestre do Curso de Enfermagem na Universidade Feevale.

² Esp. Docente do Curso de Graduação de Enfermagem na Universidade Feevale.



finais: Desta forma, conclui-se que a partir da evidência de pouco material bibliográfico tratando do assunto, considerando a relevância da patologia, assim como a importância do reconhecimento precoce de sinais e sintomas da mesma, este estudo de caso tende a favorecer a comunidade acadêmica através de mais uma fonte de pesquisa e possibilitando uma maior apropriação das manifestações clínicas, forma diagnóstica e tratamento da Neurotoxoplasmose, assim como subsidiar um planejamento adequado e qualificado de enfermagem com ações específicas de cuidado ao paciente acometido por esta patologia.

Palavras-chave: Neurotoxoplasmose. AIDS. Imunodeficiência. Toxoplasmose.



SITUAÇÕES MAIS COMUNS ENCONTRADOS NOS RECÉM-NASCIDOS DURANTE VISITAS DOMICILIARES

Evelise Lirio Oliveira; Aline Rodrigues de Souza; Luciano Auler¹
Lisara C. Schacker²

Introdução- A visita domiciliar (VD) é um importante instrumento para o processo de educação em saúde. Nestas visitas procura-se levantar todo o histórico do Recém-nascido (RN) e realizar uma avaliação criteriosa do mesmo, orientar sobre cuidados de higiene, importância das realizações dos testes de rotina e imunizações, bem como orientar sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, apoiando durante este processo de adaptação do binômio mãe- bebê. Além disso estas visitas visam prevenir problemas e identificar precocemente situações que possam comprometer a saúde desta criança, para que sejam tomadas as intervenções necessárias. **Objetivo geral-** O objetivo geral deste estudo foi identificar as situações indesejadas encontradas na avaliação dos recém-nascidos durante visitas domiciliares, realizadas pelo projeto de extensão AME (Aleitamento Materno Exclusivo) em um bairro da cidade de Novo Hamburgo/Rio Grande do Sul. **Metodologia-** Trata-se de um estudo documental, transversal, exploratório descritivo, com análise quantitativa. A população do estudo constituiu-se de 40 recém-nascidos e a amostra de 32, sendo que a análise dos dados foi realizada através dos registros em seus prontuários. Todos receberam visitas domiciliares pela equipe do Projeto, no período entre julho e novembro de 2014. Como critérios de inclusão definiu-se que seriam incluídos recém-nascidos com prontuários completos, com as informações necessárias para a análise desejada. Os dados foram coletados em abril de 2015. Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, sendo os resultados apresentados através de percentuais. **Resultados-** A partir da análise, evidenciou-se que em 80,8% dos casos foi encontrado algum tipo de situação indesejada. Com maior frequência estão as cólicas no RN com percentual de 32%, seguido do uso da chupeta com 16% e o uso de fórmula láctea com 12,8%, esta utilizada pelas mães como recurso para satisfazer o RN. Ainda apareceram em menor frequência, o choro persistente do RN e o engasgo, ambos com 9,2%, seguidos da higiene inadequada do coto, regurgitação, hipertermia, tosse e secreção ocular, todos com percentual entre 6,5% e 3,1%. Com 3% ou menos, apareceram perda de peso, dermatite, icterícia, dificuldade de pega, hérnia inguinal e lesão bolhosa perineal. **Considerações finais-** As situações encontradas podem ser prevenidas ou minimizadas com as orientações e apoio necessário aos pais. Acredita-se que as visitas domiciliares no período neonatal, realizadas com uma abordagem interdisciplinar, incluindo a enfermagem, constituem-se como um recurso muito importante para a prevenção de agravos ao recém-nascido.

Palavras chave: Visitas domiciliares. Recém-nascido. Enfermagem.

¹ Alunos do Curso de Enfermagem – Universidade Feevale – Brasil.

² Docente do Curso de Enfermagem – Universidade Feevale – Brasil.



QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE ONCOLÓGICO COM VULNERABILIDADE SOCIAL

Sinara Giane Cezarotto¹

Karin Cristina Stumpf; Carla Virgínia Born²

Me. Kelly Furlanetto³

Tema: Qualidade de vida na percepção do paciente oncológico. **Problema:** Qual a percepção de qualidade de vida (QV) do paciente oncológico em situação de vulnerabilidade social? **Justificativa:** A realização de pesquisas sobre QV em pacientes com câncer tem sido fundamental para levantar os domínios afetados e a partir disto criar um planejamento com as intervenções de enfermagem e da equipe multidisciplinar para a reabilitação desses pacientes (ZANDONAI et all). A QV é uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial (MACHADO, 2008). Câncer (CA) é o nome dado a mais de 100 tipos de doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir órgãos e tecidos. Tem como característica o desgaste e degeneração das células, e por sua vez do indivíduo, que passa a não conseguir exercer as atividades que antes da doença eram consideradas corriqueiras (INCA 2014). O impacto da hipótese diagnóstica, a confirmação da doença e do seu tratamento pode influenciar diretamente no estilo e na qualidade de vida do indivíduo. Sendo assim, a enfermagem exerce papel importante no controle dos efeitos adversos e nas consequências do tratamento sobre o desempenho físico, psicológico e social do paciente (MACHADO 2008). Com o objetivo de auxiliar os pacientes oncológicos em situação de vulnerabilidade social, o Projeto de Extensão, Atenção Integral ao Paciente Oncológico realiza consultas interdisciplinares a estes pacientes, com a intenção de investigar suas dificuldades e minimizar seus sofrimentos com o tratamento. Frente a esses argumentos, este estudo pretende identificar a QV dos pacientes que estão em tratamento oncológico. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo identificar a QV dos pacientes oncológicos em situação de vulnerabilidade social cadastrados no Projeto de Extensão de Atenção Integral ao paciente Oncológico da Universidade Feevale. **Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo, documental. Utilizada a questão: “Como você avaliaria sua qualidade de vida?” com respostas objetivas, sendo: 1) Muito ruim; 2) Ruim; 3) Nem ruim, nem boa; 4) Boa; 5) Muito boa. Esta questão foi escolhida a partir do banco de dados do projeto baseado no questionário *Whoqol-bref*. Dados estes contidos no banco de dados do referido projeto. No período de março a dezembro de 2014. **Resultados:** A equipe de enfermagem do referido projeto, realizou entrevistas em 36 pacientes com uma média de idade de 54,14 anos. Destes 4 (11,1%) avaliaram sua QV como muito boa, 15 (41,7%) como boa, 13 (36,1%) nem ruim, nem boa, 4 (11,1%) como ruim, nenhum dos pacientes entrevistados tem QV muito ruim. **Conclusão:** A partir dos dados obtidos no estudo, apenas 4 (11,1%) demonstraram estar muito satisfeito com a QV, porém houve uma prevalência de 15 pacientes (41,7%) que apontam ter boa QV. Podemos, assim, concluir que, apesar do difícil enfrentamento do diagnóstico e frente ao tratamento imposto pelo CA, estes pacientes conseguem manter boa QV e são relativamente jovens. Este resultado pode ser atribuído pelo fato destes pacientes estarem satisfeitos com suas relações interpessoais, encontradas na vida cotidiana, familiar, amorosa, social e ambiental. Porém, há muito o que ser estudado e trabalhado no sentido de proporcionar aos pacientes que declararam ter qualidade de vida não tão boa, possibilidades de melhorar suas relações frente à sua vida e encarar o diagnóstico e o tratamento da melhor forma possível, cabendo à

¹ Autora Acadêmica de Enfermagem - Universidade Feevale.

² Co-autoras Acadêmicas de Enfermagem - Universidade Feevale.

³ Docente do Curso de Enfermagem - Universidade Feevale.



nós, da Enfermagem prestar uma assistência individual e humanizada a estes pacientes. Devemos também buscar ampliar os estudos científicos para atribuir mais valor à nossa profissão.

Palavras-chave: Enfermagem. Qualidade de vida. Paciente Oncológico.



AVALIAÇÃO DO PERFIL BIOQUÍMICO DE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE IVOTI/RS

Martin Cesar Kalkmann; Ataise Alaidés Dapper¹
Mateus Silveira de Lima; Larissa Carlos da Silva; Lara Goulardt Garcia²
Geraldine Alves dos Santos³
Gilson Cunha⁴
Daiane Bolzan Berlese⁵

Os perfis bioquímicos sanguíneos vêm sendo utilizados extensivamente na medicina, não somente para avaliação clínica individual, como também para avaliar populações em geral. Quando interpretados adequadamente, os valores bioquímicos do plasma fornecem importantes informações em relação ao estado clínico, ao balanço nutricional, a situações deficitárias, a monitorações de tratamentos e prognósticos. Bem como, auxiliam de forma efetiva no diagnóstico de doenças. Desta forma, o objetivo do estudo foi verificar a hemoglobina glicada (HbA1c), glicemia jejum, triglicerídeos e colesterol séricos de 107 pacientes entre 60 e 79 anos do Município de Ivoti/RS. A análise estatística utilizada foi teste T para amostras independentes, os dados estão expressos como média \pm desvio padrão da média. Os testes foram realizados adotando-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Os níveis da HbA1c para mulheres foi $6,1 \text{ mg/dl} \pm 1,1$ e dos homens foi de $6,10 \text{ mg/dL} \pm 1,2$ não mostrando diferença significativa entre os dois grupos. O valor médio de triglicerídeos foi de $152,43 \text{ mg/dl} \pm 74,4$ para mulheres e $127,8 \text{ mg/dl} \pm 62,3$ para homens. O valor da glicemia para mulheres foi de $111,91 \text{ mg/dl} \pm 35,5$ e dos homens foi de $105,86 \text{ mg/dl} \pm 33,6$. Os níveis de colesterol para as mulheres foi $186,84 \text{ mg/dl} \pm 36,9$ e dos homens foi de $166,20 \text{ mg/dl} \pm 42,1$, mostrando uma diferença significativa ($p < 0,05$) para os valores do colesterol entre homens e mulheres. O colesterol elevado pode desencadear várias patologias e comorbidades, entre elas podemos destacar o risco de doenças cardiovasculares e acidentes vasculares encefálicos, sendo essas as principais causas de mortes no mundo. Estes são dados preliminares da pesquisa, embora o número de amostras seja limitado, podemos observar uma alta prevalência e altos valores do colesterol na população de idosos de Ivoti. Novos estudos estão sendo realizados para avaliar a frequência e os valores dos marcadores bioquímicos na nossa população.

Palavras-chave: Idosos. Glicemia. Colesterol. Triglicerídeos. Hemoglobina Glicada.

¹ Enfermeiro(a) Graduado pela Universidade Feevale.

² Acadêmico(a) Curso de Enfermagem da Universidade Feevale.

³ Professora da Pós Graduação do Programa Diversidade Cultural e Inclusão Social.

⁴ Aluno de Pós Doutorado do Programa Diversidade Cultural e Inclusão Social da Universidade Feevale.

⁵ Professora do Programa Pós Graduação em Qualidade Ambiental da Universidade Feevale.



CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA REALIZAÇÃO DO TESTE DO PEZINHO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Gemanir Fátima Polita; Cintia Hanauer; Karine de Melo¹
Lisara Carneiro Schacker²

Introdução- O teste do pezinho é um exame laboratorial realizado através da coleta de algumas gotas de sangue obtidas de uma punção no calcanhar do recém nascido, com a finalidade de detectar precocemente erros inatos do metabolismo e infecções congênicas. **Objetivo geral-** O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão bibliográfica a respeito dos cuidados de enfermagem na realização do teste do pezinho através da coleta de sangue no calcanhar do bebê. **Metodologia-** Trata-se de um estudo bibliográfico onde a fonte dos dados foi o banco de dados eletrônicos do Scientific Electronic Library Online (SCIELO), e o site do Ministério da Saúde. Foram utilizados dez artigos científicos e um manual do ministério da saúde, publicados entre o período de 2009 a 2014. Para a análise das informações coletadas, foi utilizado análise de conteúdo de Bardin (2011). **Resultados-** Os resultados foram classificados em três categorias: a primeira categoria são os cuidados antes da coleta da amostra; a segunda categoria são os cuidados com a punção e coleta e a terceira categoria está relacionada ao armazenamento da amostra. Na primeira categoria, que são os cuidados antes da coleta, é importante que orientemos a mãe sobre o posicionamento do bebê. Deve-se ter o cuidado com a humanização na realização do teste, acalmando a mãe e demonstrando como poderá auxiliar. O bebê deverá estar bem enrolado e sobre o peito da mãe, entre os dois seios, para sentir-se mais seguro, e em posição vertical, apenas com o pé exposto. Outra técnica seria colocar o bebê ao seio para mamar, minutos antes da coleta, isso diminui a dor e acalma. Também antes da coleta deve-se aquecer e massagear o pezinho para que aumente o fluxo sanguíneo, mas já com o material necessário preparado, incluindo o papel filme do Programa Nacional de Triagem Neonatal (este deverá ser rigorosamente preenchido com dados da mãe e do bebê). A segunda categoria retrata a punção e coleta, onde a mesma deverá ser feita numa das laterais da região plantar do calcanhar, locais com pouca possibilidade de atingir ossos, nervos importantes e artérias. Não utilizar álcool; na coleta desprezar a primeira gota; preencher por completo os círculos, o sangue deve atravessar homogeneamente o papel filtro, cuidar para não realizar sobreposição das gotas, isso invalidará a amostra. A Terceira categoria refere-se ao armazenamento da amostra, onde esta deverá ser encaminhada ao laboratório no máximo entre dois a três dias, nunca ultrapassar cinco dias; após a secagem pode ser armazenada sob refrigeração. **Considerações finais-** É fundamental que a equipe de enfermagem esteja capacitada e constantemente atualizada com as diretrizes e inovações a respeito da realização do teste do pezinho.

Palavras-chave: Teste do pezinho. Triagem neonatal. Teste sanguíneo.

¹ Acadêmicos de Enfermagem do 7º semestre da Universidade Feevale.

² Professora Orientadora, mestre e docente da Universidade Feevale.



CURATIVOS INDICADOS PARA O TRATAMENTO DE QUEIMADURAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Franciele Neumann Albeche; Janice Terezinha Kollet; Vania Reichert¹
Adilson Adair Böes²

A incidência de queimaduras é alta no Brasil, com aproximadamente um milhão de casos a cada ano. Os ferimentos de queimaduras causam dor, trazem risco para infecções, expõem os pacientes a perdas hidroeletrolíticas, e contribuem para sofrimento emocional e por consequência incapacitam pessoas temporariamente ou definitivamente. Cada lesão requer um enfoque distinto, para providenciar alívio de dor, prover reepitelização ou cicatrização, e manter a mobilidade e bom funcionamento da parte afetada, de acordo com o grau da queimadura e também fase de evolução da lesão e por isso que existem vários tipos de curativos, o mais adequado para cada tipo de queimadura. **Objetivo:** Este estudo tem por objetivo conhecer através de revisão da literatura os diversos tipos de agentes tópicos e coberturas disponíveis no mercado, para tratamento de queimaduras. **Método:** Foi realizado em estudo qualitativo do tipo revisão bibliográfica, com pesquisas nas bases de dados PubMed, Scielo e Revista Brasileira de Queimaduras, sob as palavras-chave queimadura, lesão, curativo, cuidado, coberturas, nos idiomas inglês e português. Foram identificadas 2921 publicações, no período entre 2009 e 2015. Após revisão dos conteúdos, foram excluídos os artigos que não atendiam aos objetivos, resultando assim 20 publicações. Após a leitura do material na íntegra, foi preenchida uma ficha bibliográfica, da qual emergiram os resultados. **Resultados:** Nas publicações analisadas, percebe-se que a abordagem da lesão deve respeitar a integridade de tecidos viáveis, sempre que estiverem presentes. Também fica claro nos artigos revisados, que cada tipo de lesão deve ter uma abordagem distinta, visando reepitelização ou cicatrização, bem como alívio de sintomas e defesa contra agentes infecciosos. Queimaduras classificadas como primeiro grau, afetam a epiderme, e sua sintomatologia inclui hiperemia, edema, dor moderada e umidade local. As estruturas de reepitelização são preservadas. Indica-se aplicação tópica de cremes hidratantes. Coberturas indicadas são o curativo biológico, um filme translúcido, biocompatível, composto por película natural celulósica microfibrilar; e o filme flexível transparente de poliuretano, que agem no alívio da dor. Queimaduras classificadas como segundo grau afetam a epiderme e parte da derme, causam dor intensa, flictenas nos casos de lesões superficiais, e aspecto esbranquiçado, quando se trata de lesão profunda. As estruturas de reepitelização são preservadas. Uma das principais complicações é a infecção, podendo aprofundar a lesão, atingindo níveis de uma lesão classificada como terceiro grau. Produtos de uso tópico indicados são: sulfadiazina de prata 1%, para desbridamento de tecidos necrosados e ação antimicrobiana, importante no combate de infecção, podendo ser usada combinada com nitrato de cério, para ação fungicida; hidrogel, composto por polivinilpirrolidona e água, que promove desbridamento autolítico; ácidos graxos essenciais, que estimulam a angiogênese e

¹ Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Feevale.

² Mestre em Biologia Celular e Molecular Aplicada à Saúde. Docente do curso de Graduação de Enfermagem e Coordenador do Programa de Pós Graduação de Enfermagem em Urgência e Emergência da Universidade Feevale.



favorecem a reepitelização. Coberturas indicadas para lesões pouco exsudativas são o filme flexível de poliuretano; filmes de cloreto de polivinil; membrana de polipropileno com poliuretano; curativo impregnado com parafina; e membrana de silicone com nylon ligado a peptídeo do colágeno dérmico, que não aderem ao leito da lesão, permitem a permeabilidade do vapor d'água, conferem mobilidade ao paciente e protegem contra contaminação do leito da lesão, além de propiciar alívio da dor. Para lesões mais exsudativas indica-se uso de curativo de carvão ativado impregnado com prata; curativo antimicrobiano de carboximetilcelulose sódica com prata; e um curativo constituído por partículas hidroativas agregadas em polímero inerte, onde o exsudato interage com as partículas hidroativas, formando um gel úmido que facilita a migração de células epiteliais, estimulando a cicatrização. Queimaduras classificadas como terceiro grau, cuja lesão afeta a epiderme, derme e tecidos subjacentes (tecido subcutâneo, músculos, ossos), apresentam tecido esbranquiçado ou marmóreo, além de redução da elasticidade tecidual. Não ocorre reepitelização de lesões de terceiro grau. Produtos de uso tópico indicados são sulfadiazina de prata 1% e hidrogel. Também são indicados os produtos acetato de sulfanamida 10%, creme de gentamicina 0,1% e nitrofurazona 0,2%, a qual não é recomendada na presença de tecido de granulação, pois pode causar prurido e edema. Coberturas disponíveis são antimicrobianas, impregnadas com prata, que não inibem a cicatrização; alginato de cálcio e sódio, que promovem desbridamento autolítico e absorve exsudato, mantendo o leito da lesão úmido; cobertura de hidrocolóide, composta por gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica e espuma de poliuretano, que mantém a umidade do leito da lesão e favorece desbridamento autolítico, e também age como barreira protetora contra infecção, e age no alívio da dor; e cobertura nanocristalizada que contém prata nanocristalizada e tem ação antimicrobiana, porém mantém leito da lesão úmido, favorecendo reepitelização. **Considerações finais:** Diante da alta incidência de queimaduras no Brasil, e pelas diversas características distintas das lesões, é importante que o profissional que atende pacientes queimados conheça a vasta gama de opções de curativos de uso tópico e coberturas existentes, para o uso adequado, propiciando alívio do sofrimento, evitando agravamento das lesões, e propiciando condições de reepitelização ou cicatrização.

Palavras-chave: Queimaduras. Curativos. Coberturas. Cuidados.



O PAPEL DA ENFERMAGEM FRENTE A PACIENTES ESTOMIZADOS: UM ESTUDO DE CASO

Vania Reichert; João Nilmar Ribeiro da Silveira¹
Cristiane Gisele Gomes²
Gladis Luísa Baptista³

As causas mais frequentes da realização de uma estomia intestinal definitiva são o câncer colorretal, a doença inflamatória intestinal, a polipose adenomatosa familiar, entre outras. Sua presença pode ocasionar uma série de alterações na vida dos pacientes. Tais alterações podem ser de ordem emocional e/ou física, uma vez que esta altera profundamente a imagem e o funcionamento corporal. **Objetivo:** Este estudo tem por objetivo principal apresentar o caso de um paciente masculino portador de colostomia e as repercussões sobre sua vida. **Metodologia:** Trata-se de um Estudo de Caso retrospectivo sobre o paciente L.E.D., masculino, que utilizou colostomia durante 29 anos. Os dados foram coletados a partir de entrevistas com a familiar que auxiliou nos cuidados ao paciente, análise documental que consistiu de atestados e prescrições médicas e de enfermagem originais, ainda preservados. **Resultados:** A estomização do paciente foi decorrente de excisão abdominoperineal de tumor neoplásico colorretal, realizada em 1973, aos 54 anos de idade. Comparando as informações colhidas durante as entrevistas realizadas com o familiar, as prescrições e as recomendações da literatura acerca do cuidado do paciente estomizado, evidenciou-se uma disparidade entre a realidade do paciente estudado e o que preconiza a literatura. As orientações sobre cuidados com a ferida operatória não estavam claros e, conseqüentemente, os curativos não foram executados corretamente. O enfermeiro responsável pelo atendimento nunca havia feito tal cuidado, resultando em fechamento do orifício de saída da estomia e, posterior, necessidade de reintervenção cirúrgica. Por outro lado o paciente não recebeu orientações adequadas sobre os cuidados com a pele periestomal e sobre o uso de bolsas coletoras que propiciassem conforto e uma boa vedação contra o escape de fluidos e odores. Também não foi orientado sobre como fazer a irrigação, o que poderia ter facilitado a adaptação do paciente com as rotinas de vida. Assim, durante as primeiras trocas da placa da bolsa coletora, houve remoção da epiderme o que levou à recusa do paciente em usar as bolsas de coleta de eliminações intestinais usualmente aplicadas. Foi então adotada uma bolsa de látex, que não propiciava aderência adequada à pele periestomal ocasionando episódios de vazamentos de conteúdo intestinal e odor refletindo em dificuldades na sua reinserção social. O paciente recusou-se a fazer a reconstrução do trânsito intestinal via retal, três anos após o procedimento inicial, por temer complicações pós-operatórias. **Considerações finais:** Percebemos a partir dos relatos a necessidade dos profissionais de saúde e, em especial, do enfermeiro propiciar o suporte e orientações adequadas ao paciente estomizado. A necessidade de adaptação a um novo trânsito intestinal e o emprego correto de produtos disponíveis, para proteção de pele periestomal e

¹ Acadêmico(a) do Curso de Enfermagem da Universidade Feevale. Coautor.

² Especialista em Enfermagem Neonatal. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Feevale. Coautora.

³ Doutora em Ciências Pneumológicas. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Feevale.



coleta dos efluentes intestinais não são fáceis. Tais dificuldades podem ser geradoras de sofrimento físico e estresse emocional e poderiam ser minimizados com um bom suporte assistencial e educacional. Desta forma reiteramos que o enfermeiro deve participar ativamente nos cuidados e no processo de educação do paciente estomizado. Para tanto deve buscar um constante processo de atualização, pois as opções de materiais disponibilizados se alteram assim como as necessidades do paciente, principalmente na medida em que este envelhece.

Palavras-chave: Estomias. Colostomia. Assistência. Enfermagem.



FEBRE CHIKUNGUNYA, EPIDEMIOLOGIA E PREVENÇÃO

Vania Reichert; Franciele Neumann Albeche¹
Solange de Fátima Mohd Suleiman Shama²

A febre Chikungunya é causada pelo vírus Chikungunya, um alphavirus da família Togaviridae, cujos principais vetores são os mosquitos das espécies *Aedes aegyptii* e *Aedes albopictus*. No Brasil, o mosquito *Aedes aegyptii* também transmite a dengue. O primeiro surto de febre Chikungunya relatado foi em 1952, na Tanzânia, continente africano, e desde 2004 tem se alastrado por diversos países africanos e sul da Ásia. Em 2007 foi constatado o primeiro surto na Europa. No Caribe o primeiro surto foi identificado em 2013. Já no Brasil, o primeiro caso importado por um paciente que retornou de viagem do sul da Ásia, foi em 2010. Em 2014 foram confirmados 2773 casos autóctones da doença em solo brasileiro, e no período entre 01 de janeiro até 07 de março de 2015 foram confirmados 1049 casos autóctonos, segundo fontes do Ministério da Saúde brasileiro. A febre Chikungunya é atualmente endêmica na África e sul da Ásia. **Objetivo:** Este estudo tem por objetivo avaliar os riscos de ocorrerem surtos ou epidemias de febre Chikungunya no Brasil, descrever a sintomatologia da doença, abordar tratamento, e fazer um comparativo com os sintomas da Dengue, com a qual a febre Chikungunya é comumente confundida durante exames clínicos. Também se pretende abordar os principais métodos de prevenção da doença. **Metodologia:** Foi realizada revisão bibliográfica, com pesquisas nas bases de dados PubMed, Scielo, Portal Fiocruz, Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde. **Resultados:** Considerando que os principais vetores da febre Chikungunya são os mosquitos das espécies *Aedes aegyptii* e *Aedes albopictus*, e estas espécies de mosquitos estando espalhadas pelo continente americano, e com consideráveis populações destes mosquitos infestando os centros urbanos e suburbanos brasileiros, há o risco real de ocorrerem mais surtos ou epidemias de febre Chikungunya no Brasil. O mosquito *Aedes aegyptii* vive em áreas tropicais e subtropicais. Já o mosquito *Aedes albopictus* também resiste a climas temperados. O período de incubação da doença varia de 2 a 12 dias, sendo em média 3 a 7 dias. A infecção pelo vírus Chikungunya pode ser detectada em laboratório, para identificar a presença de imunoglobulinas IgM e IgG, onde a maior dosagem sérica está presente entre três a cinco semanas após a manifestação da doença. A doença não possui tratamento específico, cabendo apenas tratar os sintomas, que são idênticos aos da dengue, com febre súbita, cefaleia, náuseas, dores musculares, cansaço, erupções cutâneas. O que diferencia febre Chikungunya de dengue são fortes dores nas articulações presentes nas infecções por vírus Chikungunya. A artralgia causada pelo vírus Chikungunya pode manifestar-se por poucos dias, mas pode perdurar por meses, e com relatos em literatura científica de sintomas por um período de até 3 a 5 anos após a fase aguda da doença. Há relatos de complicações oculares, neurológicas, cardíacas e gastrointestinais. As complicações graves podem ocorrer em idosos, com risco de causar óbito do paciente. As medidas de prevenção da doença iniciam com o manejo do habitat dos mosquitos vetores da doença, aplicando inseticidas em locais úmidos, onde

¹ Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Feevale.

² Mestre em Medicina Preventiva. Docente do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Feevale.



os mosquitos depositam suas larvas. Além disto, deve-se eliminar pontos de água parada, e em casos de surtos é recomendado o uso de roupas que protegem a pele, aplicação de repelentes, assim como instalação de telas do tipo mosquiteiro, principalmente para a proteção de pessoas enfermas e idosos durante o sono, e telas do tipo mosquiteiro em janelas. **Considerações finais:** Diante da presença dos vetores da febre Chikungunya nos centros urbanos, onde há a maior concentração de habitantes, há o risco real de ocorrerem mais surtos e epidemias de febre Chikungunya no Brasil. A população deve ser educada para a necessidade de eliminar locais com água parada, que serve de criadouro de mosquitos.

Palavras-chave: Chikungunya. Dengue. Sinais. *Aedes aegyptii*. *Aedes albopictus*.



EBOLAVÍRUS – CUIDADOS PARA EVITAR PROPAGAÇÃO DO CONTÁGIO

Franciele Neumann Albeche; Argeu da Silva; Vania Reichert¹
Maristela Cássia de Oliveira Peixoto²

A infecção pelo Ebolavirus é um importante aspecto de saúde pública atual, com alto risco de contágio entre humanos. As pessoas afetadas necessitam de cuidados de saúde imediatos e intensos. O vírus tem cinco cepas (origem ou linhagem). O mais letal deles, chamado Zaire, é predominante na epidemia, que desde março de 2014 atinge a África Ocidental e é considerada a maior da história. Entre março e outubro, quase cinco mil pessoas morreram. O grande fluxo de pessoas viajando atualmente entre os diversos países traz o risco de disseminação do contágio em todos os continentes. Os profissionais de saúde pública devem estar informados e atentos sobre os aspectos que implicam o Ebola. A doença do Ebolavirus causa febre intensa, vômitos, diarreia, levando a hemorragias internas e externas, e apresenta alta taxa de letalidade chegando a 90% dos casos infectados. **Objetivo:** Conhecer os cuidados para evitar a propagação do contágio do Ebolavirus. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão bibliográfica, com pesquisas nas bases de dados Scielo, PubMed, Organização Mundial da Saúde e Médicos Sem Fronteiras, nos idiomas espanhol, inglês, português, onde foram selecionadas 18 publicações para compor os resultados a seguir descritos. **Resultados:** De acordo com as publicações estudadas, em primeiro lugar deve-se entender o que é a doença do Ebola, e identificar precocemente a existência da doença, para instalar imediatamente as medidas preventivas de propagação do contágio. Os estudos analisados alertam que se deve entender que o contágio se dá através de contato com sangue, secreções da orofaringe, fluídos corporais, contato com órgãos e tecidos de pessoas infectadas. Também há contágio através do contato direto com cadáveres, que apresentam alto risco de contaminação, pela intensa produção de fluídos. Ocorre também contágio através do contato com materiais e superfícies contaminadas. Diante da suspeita de existência de pacientes infectados pelo Ebolavirus, os artigos estudados citam a importância de se instalar área de triagem fora das edificações dos hospitais, protegendo desta forma pacientes acometidos por outras enfermidades. Deve ser instalada uma prática segura de execução da anamnese e do exame físico, onde um profissional realiza as entrevistas e o exame físico, e o outro profissional somente anota os dados coletados, no prontuário do paciente. A prática segura de anamnese e exame físico evita que ocorra contágio via documentos e materiais de expediente usados. Em havendo confirmação de casos de infecção pelo Ebolavirus, a assistência deve ser prestada de forma segura, separando as alas de pacientes por áreas de casos suspeitos, casos confirmados e casos de pacientes em fase de convalescência. A assistência segura também inclui a recomendação de se instalar o *Buddy System*, onde cada profissional que faz procedimentos em pacientes é acompanhado por um segundo profissional, que monitora se as precauções de segurança são respeitadas, e alerta seu colega se a quebra das

¹ Acadêmicos de Enfermagem da Universidade Feevale.

² Especialista em Serviços Públicos de Saúde. Docente do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Feevale.



precauções é iminente. O profissional deve lavar as luvas externas com solução clorada a 0,05%, antes do contato entre um paciente e outro. Os termômetros, estetoscópios e esfigmomanômetros também são de uso exclusivo de cada paciente infectado. Recomenda-se realizar assepsia destes equipamentos com álcool 70%, por 30 segundos, por três vezes, entre cada uso. Rouparias devem ser manipuladas com uso de Equipamentos de Proteção Individual, e deve ser aplicada solução clorada a 0,05%, antes de lavá-las. Utensílios descartáveis devem ser incinerados, e as superfícies, móveis e utensílios devem ser lavados com solução clorada a 0,05%. Fluídos corporais e excretas devem ser lavados com solução clorada a 0,5%. A determinação de circulantes que não mantém contato físico com pacientes, e que fazem a intermediação dos cuidadores com familiares e demais setores da instituição, também é recomendada, para evitar propagação de contágio. Outro aspecto destacado pelas publicações estudadas é a importância de se convencer os familiares a respeitar o isolamento dos pacientes. Os familiares devem ser treinados para realizarem visitas seguras, prevenindo contato com vias de contágio. O uso de Equipamentos de Proteção Individual preconizados pelas autoridades sanitárias é imprescindível, e o momento de retirada dos Equipamentos de Proteção Individual é crucial, para proteção do profissional. É recomendado lavar as luvas externas com água e sabão, e aplicar solução clorada a 0,05% nas luvas externas, avental e botas, antes de sua retirada, e também lavar as luvas internas da mesma forma como feito com as luvas externas, antes de retirá-las. A lavagem das mãos deve ser feita logo após a retirada das luvas e também após a retirada da vestimenta interna. Recomenda-se não tocar as botas com as mãos. O manuseio de corpos também é destacado nas publicações analisadas como sendo um momento de risco de contágio, pela alta produção de fluídos, e o uso de Equipamentos de Proteção Individual deve ser adotado. Os corpos são embalados, e carregados sempre por duas pessoas, e um terceiro funcionário deve imediatamente fazer a desinfecção do local, aplicando solução clorada a 0,5%. **Considerações finais:** A equipe que presta cuidados aos pacientes com suspeita ou confirmação de infecção pelo Ebolavirus deve empregar técnicas que assegurem a segurança biológica, tanto dos pacientes, quanto dos profissionais envolvidos no processo de diagnóstico e de cuidados. A rápida identificação de uma infecção por Ebolavirus é um fator determinante, para instalação das técnicas adequadas, evitando a ocorrência de surtos. Os profissionais envolvidos nos cuidados a pacientes com suspeita ou confirmação de infecção pelo Ebolavirus devem ter consciência da implicação de seus atos na saúde pública.

Palavras-chave: Ebola. Enfermagem. Cuidados. Contágio. Surto.



TRAQUELECTOMIA E CONIZAÇÃO: ESTUDO DE CASO SOBRE LESÃO ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRAU PARA MALIGNIDADE (NIC II), ENDOCERVICITE CRÔNICA COM METAPLASIA ESCAMOSA

Emerson da Silva Moraes; Fabricia Fidelles; Lisiane Keley Frozza¹
Maristela Peixoto²

Introdução: A traquelectomia (traquelo+ectomia) é a extirpação cirúrgica do colo uterino com preservação do útero. A conização ou biópsia em cone consiste na extração de uma porção de tecido do colo uterino. O procedimento se fundamenta na realização de um corte com laser, electrocauterização (calor), ou bisturi. O primeiro procedimento relatado sobre o colo do útero remota do século XVI. A ideia partiu de Anbroise Peré, mas coube a Nikolas Tulpius d'Amsterdam, em 1652, a primeira amputação do colo do útero. A primeira conização, como é conhecida hoje, foi realizada por Lisfranc em 1815. O segundo relato que se tem notícias de retirada de colo do útero aconteceu em 1870 e pertence à Marion Sims, por apresentar um tumor. Freud em 1877 fez a retirada do útero, por apresentar um câncer. Em 1928, George Papanicolau, médico grego concluiu que podia obter células esfoliadas da vagina, mas somente em 1943 é que seu exame passou a ser largamente utilizado em todo mundo. Stenger, 1979, classificou as alterações pré-invasoras do colo como displasia leve, moderada e grave, de acordo com o comprometimento do epitélio. Em 1986, Richardt reclassificou-as em neoplasias intra-epitelial cervical grau (NIC I, NIC II E NIC III). Hoje no Brasil, estima-se que o câncer do colo uterino seja o terceiro câncer mais comum que atinge a população feminina e sabe-se que a incidência e a mortalidade por câncer de colo têm diminuído, em parte pelo diagnóstico precoce e pelo tratamento das lesões precursoras do câncer cervical. Em 2010, a prevalência deste diagnóstico citopatológico era 0,25% de todos os exames realizados e 9,7% de todos os exames alterados. De 70% a 75% das pacientes com laudo citológico de lesão intra-epitelial de alto grau (LIAG) apresentam confirmação histológica deste grau de doença e 1% a 2% terão diagnóstico de carcinoma invasor. O Papiloma Vírus Humano (HPV) outro fator importante e é etimologicamente importante no câncer do colo uterino, especialmente em lesões de células escamosas. As lesões relacionadas ao HPV foram designadas como neoplasias intra-epiteliais de baixo, médio e alto grau (Freitas et al, 1997). Na abordagem com mulheres com esse diagnóstico citopatológico, uma estratégia vantajosa, adotada desde recomendações anteriores, é a denominada ver-e-tratar (INCA, 2006), a qual consiste na realização e tratamento em uma única visita, ao nível ambulatorial, por meio de exérese da zona transformação (EZT), sob visão colposcópica e anestesia local. É consenso que lesões pré-invasivas devem ser tratadas o quanto antes com a finalidade de impedir a progressão para o carcinoma invasor (Mc CREIDE et al, 2008).

Objetivo: Identificar o tipo de lesão intra-epitelial de alto grau e os métodos incisionais: traquelectomia e conização. **Método:** Esta pesquisa se constitui em um estudo descritivo de um caso com diagnóstico histológico de neoplasia intra-epitelial de alto grau (NIC II). Foi incluída uma paciente submetida à conização pela CAF que tiveram diagnóstico histológico de neoplasia intra-epitelial de alto grau (NIC II). Os dados da paciente (anamnese, exame físico e coleta de dados do

¹ Acadêmicos do 8º semestre do curso de Enfermagem - Universidade Feevale.

² Docente Orientadora do curso de Enfermagem - Universidade Feevale .



prontuário da paciente) foram coletados em campo de estágio e sendo mantido o anonimato da paciente e da instituição de saúde. **Resultados:** R.G.S (apelido), 43 anos, Negra, Nega tabagismo e etilismo, Diarista, Divorciada e moradora do município do Vale dos Sinos). Realizou seu preventivo (coleta de CP) em (14/06/2014). A paciente relata que não realizava seu preventivo há 5 anos. G4P3A1, fazendo uso de MAC (Microvlar). Possui ciclos regulares. MMG: Birards 2 (26/06/14), Nega ter perdas vaginais. Ao exame especular: Colo friável; OCE: Em fenda. Paciente retorna em 13/10/2014 para retirar o resultado do CP e é informada do diagnóstico de lesão escamosa intraepitelial de alto grau para malignidade, (NIC II) associada à Endocervicite Crônica com Metaplasia Escamosa. Após orientações e encaminhamento, a paciente submeteu-se ao procedimento cirúrgico de Traquelectomia/Conização em 06/04/2015 na instituição indicada pelo médico assistente. **Conclusão:** Hoje as principais técnicas de tratamento das LIE incluem os tratamentos destrutivos como (Crioterapia, Electrocauterização e Laser) e os tratamentos excisionais: Excisão Eletrocirúrgica por Alça (LEEP) e a Conização. Na conização clássica com bisturi frio, a presença de margens comprometidas no laudo histológico do espécime de cone apresenta forte correlação com a presença de doença residual. Na conização obtida pela Cirurgia de Alta Frequência (CAF), parte da energia é transmitida aos tecidos adjacentes, acarretando a destruição das lesões que estão na periferia do tecido que foi excisado. A importância do conhecimento dos procedimentos de Traquelectomia e Conização, de seus riscos e complicações, entre eles, sangramento excessivo e a infecção pós-operatória deve ser evitada na vigência de quadros infecciosos, HAS, suspeita de gravidez entre outros. É essencial que a enfermagem procure garantir um atendimento global utilizando como recursos as orientações, ações, e intervenções educativas com o objetivo de manutenção e de melhorar a qualidade de vida individual e familiar. Este trabalho tem a finalidade de proporcionar um contato mais aproximado a paciente que apresenta alterações, tornando-se assim, muito importante para formação acadêmica e do futuro profissional.

Palavra-chave: Câncer de colo. Lesões Intra-epiteliais. Metaplasia.

ISSN: 2358-1530