

# Arquivos Médicos

DOS HOSPITAIS E DA FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO  
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Apoio: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho

## Provedor

*José Luiz Egdio Setúbal*

## Diretor Clínico

*Marcelo Tomanik Mercadante*

## Diretor Superintendente

*José Carlos Villela*

## Diretor – Faculdade de Ciências Médicas

*Valdir Golin*

## Presidente da FAVC

*José Cândido de Freitas Júnior*

## Editor Chefe

*Osmar Monte* – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo Brasil

## Editores Associados

*Pedro Paulo Chieffi* - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil

*Carlos Sérgio Chiattonne* - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil

*Lígia A. da Silva Telles Mathias* - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil

*Hudson de Souza Buck* - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Brasil

**Distribuição:** Faculdades, Universidades, Bibliotecas de Medicina e Ciências da Saúde, Departamentos e Centros de Estudos dos Hospitais e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

## Acesso on line:

<http://www.fcmsantacasasp.edu.br>

## Periodicidade: Quadrimestral

**Publica suplementos.**

**Tiragem:** 1.500 cópias

## Impressão: Gráfica Elyon

Tel.: (11) 3783-6527

## Endereço para correspondência:

Revista Arquivos Médicos  
Coordenação Editorial/Técnica  
Biblioteca - FCMSSCP  
Rua Dr. Cesário Mota Jr, 61, 2º andar – São Paulo – SP  
A/C.: Sonia Regina Fernandes Arevalo / Sabia Hussein Mustafa  
Fones (11) 3367.7735 – 3367.7815  
e@mail: [arquivosmedicos@fcmsantacasasp.edu.br](mailto:arquivosmedicos@fcmsantacasasp.edu.br)

## Conselho Editorial

**Adhemar Monteiro Pacheco Jr.** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Alessandra Linardi** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Ana Luiza G. Pinto Navas** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Antonio José Gonçalves** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Antonio Pedro F. Auge** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Carlos Alberto C. Lima** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Carlos Alberto Longui** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Carlos Alberto Malheiros** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Carlos Emilio Levy** (Universidade Estadual de Campinas - Campinas - Brasil)

**Carmita Helena Najjar Abdo** (Universidade de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Daniel Romero Muñoz** (Universidade de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Dino Martini Filho** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Eduardo Iacononi** (Lambeth Early Onset Services - London)

**Eitan N. Berezin** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Eliana Biondi de M. Guidoni** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Gil Guerra Junior** (Universidade Estadual de Campinas – Campinas - Brasil)

**Hudson de Souza Buck** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Jair Guilherme dos Santos Junior** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**José da Silva Guedes** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**José Egdio Paulo de Oliveira** (Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro - Brasil)

**José Humberto T. G. Fregnani** (Hospital do Câncer de Barretos - Barretos - Brasil)

**José Mendes Aldrighi** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Kátia de Almeida** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Leonardo da Silva** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Luis Guillermo Bahamondes** (Universidade Estadual de Campinas – Campinas - Brasil)

**Luisa Lina Villa** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Luiz Antonio Miorim** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Luiz Arnaldo Szutan** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Luiz Fernando Ferreira** (Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro – Brasil)

**Lycia Mara Jenné Mímica** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Marcia Cristina da Silva Magro** (Universidade de Brasília – Brasília – Brasil)

**Marcia Regina Car** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Margaret de Castro** (Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto – Brasil)

**Maria do Carmo Q. Avelar** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Mariana da Silva Araujo** (Universidade Federal de São Paulo – São Paulo - SP)

**Mariangela Gentil Savoia** (Universidade de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Marsal Sanches** (University of Texas – Houston – USA)

**Mauricio Della Paolera** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Mauro José Costa Salles** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Osmar Avanzi** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Paulo Roberto Corsi** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Quirino Cordeiro Junior** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Raul Sérgio Martins Coimbra** (University of California San Diego, San Diego, USA)

**Regina Aparecida Rosseto Guzzo** (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Robert Meves** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Roberto Alexandre Franken** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Roberto Stirbulov** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Rubens José Gagliardi** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Ruy Lyra da Silva Filho** (Universidade Federal de Pernambuco – Recife - Brasil)

**Sandra Regina S. Sprovieri** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Saulo Cavalcanti da Silva** (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte – Belo Horizonte – Brasil)

**Sheldon Rodrigo Botogowski** (Universidade Federal do Paraná – Curitiba – Brasil)

**Tânia Araújo Viel** (Universidade de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Thomaz Augusto A. da Rocha e Silva** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Tsutomu Aoki** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Valdir Golin** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Vera Lucia dos Santos Alves** (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Viviane Herrmann** (Universidade Estadual de Campinas – Campinas - Brasil)

**Wagner Ricardo Montor** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Wilma Carvalho Neves Forte** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Wilson Luiz Sanvito** (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo - Brasil)

**Colaboração**

Coordenação Editorial/Técnica - Bibliotecárias

Sonia Regina Fernandes Arevalo

Sabia Hussein Mustafa



FUNDAÇÃO ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

*Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC)*

*22ª e 23ª Turmas de Formandos*

*Julho/Dezembro 2015*

*Resumos*

**FUNDAÇÃO ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO  
(MANTENEDORA)**

Presidente: Dr. José Cândido de Freitas Júnior

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO**

Diretor da Faculdade: Prof. Dr. Valdir Golin

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Diretora: Profa.Dra. Maria do Carmo Querido Avelar

**Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC):  
22<sup>a</sup> e 23<sup>a</sup> Turmas de Formandos Julho/Dezembro 2015  
Resumos**

**Organizadoras**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria do Carmo Querido Avelar  
Diretora do Curso de Graduação em Enfermagem

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marcia Regina Car  
Disciplina de Metodologia da Pesquisa III

**Este trabalho deverá ser citado:** Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem. Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) : 22<sup>a</sup> e 23<sup>a</sup> Turmas de Formandos Julho/Dezembro 2015: Resumos. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2016; 61 (supl.1):1-40.

**Endereço para correspondência:**

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo  
Curso de Graduação em Enfermagem  
Rua Dr. Cesário Mota Jr, 61 – 9º andar – Vila Buarque  
01221-020 – São Paulo – SP

## ÍNDICE

- 8 | **APRESENTAÇÃO**
- TRABALHO E EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM**
- 9 | **Atuação do enfermeiro no processo de educação em saúde no climatério**  
Thais Cabral Reginato, Juliana Carvalho Araujo Leite
- 9 | **O acolhimento do enfermeiro do serviço de procura de órgãos e tecidos aos familiares do potencial doador**  
Maria Cristina Pessoa Gomes, Graziela Ramos Barbosa de Souza
- 10 | **O papel do enfermeiro na assistência ao potencial doador de órgãos e tecidos em morte encefálica**  
Carla Cerqueira Pires, Vanda Cristina dos Santos Passos
- 11 | **Assistência de enfermagem na monitorização da Pressão Intracraniana**  
Diane da Silva Santos Miranda, Vanda Cristina dos Santos Passos
- 12 | **A percepção do cuidar entre enfermeiros de unidades de internação de um hospital de ensino**  
Amanda Cristina de Lucena Ribeiro, Maria Angela Reppetto
- 12 | **As práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde**  
Deborah Santos Nascimento, Maria Fernanda Terra
- 13 | **O significado do cuidar para a enfermagem: estudo bibliográfico**  
Lídia Rangel Miranda, Maria do Carmo Querido Avelar
- 14 | **Classificação de risco dos pacientes segundo Escala de Manchester: papel do enfermeiro**  
Gustavo Batalha de Lima, Maria do Carmo Querido Avelar
- ESTUDO EXPERIMENTAL**
- 15 | **Avaliação do tratamento com anti-histamínicos, antiinflamatórios esteroidais e não esteroidais no edema de pata induzido pelo veneno de caranguejeiras em ratos**  
Bruno Ricardo Alves, Alessandra Linardi
- CUIDAR EM ENFERMAGEM NA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**
- 16 | **O brincar no cotidiano de crianças com câncer hospitalizadas e em tratamento ambulatorial**  
Vânia Delfino da Costa Vicença, Fernanda Machado Silva Rodrigues
- 17 | **Conhecimento e aplicação do protocolo de hipotermia em recém-nascido com encefalopatia hipóxica isquêmica por um grupo de enfermeiro**  
Tatiane da S.C.C. de Almeida, Marilda de Deus Martins
- 17 | **Hipoglicemia neonatal transitória em recém-nascidos a termo: prevalência e fatores de risco neonatais e maternos**  
Samara Gonçalves Simões de Oliveira, Lenir Honório Soares, Dieime Elaine P. F. Dias
- 18 | **Determinantes sociais de saúde relacionados a reincidência de gravidez na adolescência**  
Guilherme Duarte Farias de Lisboa, Lívia Keismanas de Ávila

- 19 **Avaliação e manejo da dor na criança oncológica: subsídios para a assistência de enfermagem**  
Sheila Katyuscia Gomes Pavan Torres, Fernanda Machado Silva Rodrigues
- CUIDAR EM ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER**
- 20 **Fatores de risco maternos e neonatais que levam ao desmame precoce e seus danos causados ao lactente: revisão bibliográfica**  
Barbara Neto Correia, Lenir Honório Soares, Dieime Elaine P. F. Dias
- 20 **O papel dos profissionais da atenção primária à saúde na atenção à mulher usuária de álcool**  
Nilma de Campos Honório Cavalcante, Livia Keismanas de Ávila
- 21 **Análise dos documentos norteadores da assistência em planejamento familiar na atenção primária a saúde**  
Luana Barbosa Barros, Maria Fernanda Terra
- 22 **Posições maternas no trabalho de parto e parto: revisão da literatura**  
Camila Gaeta Carneiro, Lenir Honório Soares
- 23 **Diagnósticos de enfermagem identificados em mulheres mastectomizadas**  
Clarice Silveira dos Santos, Lenir Honório Soares
- 24 **A violência doméstica de gênero: anotações em prontuários-família de serviços da APS**  
Elise Carmona Darmau, Maria Fernanda Terra
- 24 **Acompanhamento de gestantes com *Streptococo* do Grupo B positivo e seus recém-nascidos nos níveis de atenção à saúde**  
Jeane Conceição Lopes, Livia Keismanas de Ávila
- 25 **Assistência de enfermagem à mulher portadora de endometriose**  
Luana F. Vasconcelos, Maria Lúcia A. de S Costa
- CUIDAR EM ENFERMAGEM NA SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO**
- 27 **Idosos hospitalizados em tratamento de neoplasia: estratégia de apoio emocional**  
Karoline Andrade Matos, Juliana Carvalho Araújo Leite
- 27 **A pessoa com deficiência e o seu preparo para o autocuidado segundo a teoria de enfermagem do déficit do autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem**  
Raquel Sakamoto da Costa, Janete Hatsuko Komessu
- 28 **Conhecimento dos enfermeiros na identificação precoce da síndrome da resposta inflamatória sistêmica e sepse**  
Valdirene Santos Alves, Camila Waters
- 29 **Avaliação das incapacidades funcional, cognitiva e dolorosa de idosos com afecções na coluna vertebral**  
Gabriela Teixeira Ugeda, Marcele Pescuma Capeletti Padula
- 30 **Conhecimento de pacientes adultos com doença renal crônica para o autocuidado com a fístula arteriovenosa**  
Rosemari Costa da Silva Souza, Graziela Ramos Barbosa de Souza

- 31 **Avaliação de pacientes em unidade de terapia intensiva segundo o critério RIFLE para lesão renal aguda: subsídios para o cuidado de enfermagem**  
Silvana Ramos Botececo, Graziela Ramos Barbosa de Souza
- 32 **Assistência ao paciente com lesão renal aguda e seus critérios de classificação: revisão da literatura**  
Marcia Alves dos Santos, Graziela Ramos Barbosa de Souza
- 33 **Crioglobulinemia em pacientes urêmicos**  
Simone Sanches Arcuri, Tainá Mosca, Wilma Carvalho Neves Forte
- 33 **Assistência de enfermagem ao paciente adulto, potencial doador de órgãos em morte encefálica**  
Alessandra Paes Inocêncio, Maria Angela Repetto
- 34 **Fatores relacionados ao acesso dos homens nos serviços de saúde**  
Jocimar da Silva, Lívia Keismanas de Ávila
- 35 **Atenção primária à saúde e reabilitação de usuários em vulnerabilidade social: estudo de caso**  
Luciana Menezes de Melo, Lívia Keismanas de Ávila
- 36 **A atuação da equipe de enfermagem no atendimento ao paciente vítima de politrauma**  
Marizélia Magalhes, Acácia Maria Lima de O. Devezas
- 37 **Quedas: implicações psicossociais em idosos**  
Sirene Gomes Ferreira, Zelia Nunes Hupsel
- 37 **O papel do enfermeiro frente às alterações emocionais de pacientes adultos em fase pré-operatória de cirurgia cardíaca: revisão integrativa**  
Ataide de Matos Ferreira, Cristiane Lopes
- 38 **Perfil cognitivo de usuários de crack/cocaína avaliado pelo mini exame do estado mental e sua correlação com resultados de hemograma e bioquímica sérica**  
Robert Paulo Oliveira Vieira, Cristiane Lopes
- 39 **Estudo do perfil de sono de usuários de cocaína e crack atendidos em serviços de saúde conveniados ao sistema único de saúde**  
Flávia Bosquê Alves Vieira, Cristiane Lopes

## APRESENTAÇÃO

Este **12º volume** de resumos dos Trabalhos de Conclusão do Curso (TCC) de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, das **22ª e 23ª turmas de formandos**, foi organizado em duas grandes linhas de pesquisa.

A primeira linha de pesquisa, **Trabalho e Educação em Enfermagem**, inclui estudos sobre a atuação, papel e percepção do enfermeiro do cuidar em situações específicas; práticas integrativas e complementares, o significado do cuidar e classificação de risco de pacientes.

A segunda linha, **Cuidar em Enfermagem**, inclui estudos sobre o brincar e o manejo da dor em crianças com câncer, hipotermia e hipoglicemia em recém nascidos e, determinantes sociais de saúde na reincidência de gravidez na adolescência; a atenção à mulher: no planejamento familiar, gestante com streptococo do grupo B, posições no trabalho de parto, riscos que levam ao desmame precoce, usuária de álcool, portadora de endometriose, mastectomizada e que sofre violência doméstica; idosos com afecções na coluna vertebral e suas incapacidades, estratégia de apoio emocional no tratamento de neoplasia e implicações psicossociais das quedas; adesão dos homens aos serviços de saúde, autocuidado do adulto com deficiência e com fístula arteriovenosa, avaliação e assistência ao adulto com lesão renal aguda, crioglobulinemia na uremia, conhecimento e atenção do enfermeiro ao politraumatizado, ao potencial doador de órgãos, na identificação precoce de sepse, no preparo de cirurgia cardíaca, perfis de usuários de crack e, reabilitação na vulnerabilidade social; dentre outros, nas áreas da Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher e na Saúde do Adulto e do Idoso, inseridos nos níveis de atenção: básica, média e de alta complexidade.

Foi também desenvolvida uma pesquisa experimental na área de farmacologia.

*As Organizadoras*

# TRABALHO E EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

## Atuação do enfermeiro no processo de educação em saúde no climatério

Thais Cabral Reginato<sup>1</sup>, Juliana Carvalho Araujo Leite<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** O climatério é um período de transformações na vida da mulher com impactos na qualidade de vida decorrentes de alterações no corpo e na mente. O enfermeiro pode atuar como educador em saúde, na atenção primária. Pela vivência em Unidades Básicas de Saúde (UBS) percebe-se que as ações ofertadas são individuais e médico centradas. **Objetivo:** Analisar a atuação do enfermeiro, como educador em saúde, no atendimento às mulheres climatéricas em unidades básicas de saúde. **Método:** Estudo qualitativo, realizado em oito UBS da Coordenadoria de Saúde Centro, na cidade de São Paulo. Foram convidados, aleatoriamente, dois enfermeiros por UBS. Como critério de inclusão selecionou-se aqueles que trabalhavam há no mínimo seis meses. Foram excluídos aqueles em licença médica, maternidade ou férias. Dezesesseis enfermeiros responderam às entrevistas gravadas, após parecer do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e assinatura do TCLE. A análise dos discursos seguiu a técnica proposta por Minayo<sup>(1)</sup>. **Resultados:** Os enfermeiros participantes foram, na sua maioria, do sexo feminino, formados instituições privadas, há mais de 11 anos. Das falas emergiram três categorias. A categoria "As ações de atenção à mulher na UBS" demonstraram a existência de espaços para a atenção à mulher como consulta de enfermagem, acolhimento e grupos operativos. Quanto aos grupos operativos, não fica clara a real inserção dos enfermeiros nesta prática, porém fica explícita a credibilidade dada por eles a atividade. São citados encaminhamentos realizados para o NASF, pontuando o matriciamento na rede de atenção a mulher. A questão da medicalização aparece nas referências da atuação do enfermeiro focada na resolução das queixas das usuárias. Rompendo o modelo hegemônico, alguns informantes citaram estratégias de cuidado ampliado como terapias não medicamentosas, grupos de meditação e caminhadas. Na categoria "Competências necessárias ao enfermeiro na atenção ao climatério" percebeu-se a necessidade de conhecimentos, habilidades motoras e interações

humanas. Alguns informantes conheciam os conceitos relacionados ao climatério, outros esboçaram dúvidas ou desconheciam. A necessidade de compreender o climatério com as subjetividades e a individualidade do viver este período também foram elencados. Um discurso ressaltou o pensamento de inutilidade da mulher associando o climatério ao preconceito do envelhecer. Por fim, a categoria "Tecnologias usadas na assistência às mulheres no climatério" apontou o desconhecimento dos profissionais sobre os manuais e protocolos institucionais que deveriam nortear sua prática. A educação em saúde foi bastante explicitada nos discursos independente da efetiva realização das atividades no serviço e da atuação nestas ações. **Considerações Finais:** O climatério ocupa cerca de um terço da vida da mulher e as condutas tomadas neste período interferem em sua qualidade de vida. Os enfermeiros explicitam de forma significativa a educação em saúde, porém não estão implantadas estratégias propostas pela instituição e questiona-se o real envolvimento do profissional enfermeiro nas atividades de grupos operativos. Percebe-se que na prática assistencial há uma lacuna entre o preconizado nos manuais e protocolos institucionais e o que é realizado demonstrando a necessidade de supervisão e de educação permanente.

**Descritores:** Climatério, Educação em saúde

## Referência Bibliográfica

1. Minayo MCS. Técnicas de análise de material qualitativo. In: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2010. p.303-60. (Saúde em Debate; 46)

## O acolhimento do enfermeiro do serviço de procura de órgãos e tecidos aos familiares do potencial doador

Maria Cristina Pessoa Gomes<sup>1</sup>, Graziela Ramos Barbosa de Souza<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** Os transplantes de órgãos e tecidos são um tratamento para diversas patologias crônicas e incapacitantes, a recusa familiar é um fator limitante na disponibilização de órgãos e tecidos, o processo

de doação é estressante para a família e a assistência de enfermagem é necessária em todas as etapas da doação<sup>(1-3)</sup>. **Objetivo:** Averiguar como é realizado o acolhimento do enfermeiro do Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos aos familiares do potencial doador. **Método:** Pesquisa prospectiva, de campo, exploratória e quantitativa, com 7 enfermeiros no SPOT (Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos) de um hospital no município de São Paulo Utilizado instrumento de coleta/formulário estruturado. **Resultados:** O local do acolhimento familiar, 86% responderam a sala do SPOT, e 14% sala reservada da UTI ou PS; 71,4% que outro profissional acompanha a entrevista 25% abordam com o enfermeiro da UTI, 12,5% junto ao enfermeiro do SPOT, 37,5% médico da unidade e 12,5% afirmam que abordagem também pode ser realizada com psicólogo e 12,5% serviço social, foi relatado mais que um profissional. Todos orientam quanto a possibilidade da doação ou aguardar a parada cardíaca. Sentimentos identificados são: vontade, tristeza, medo e negação, angústia, sensação de impotência com destaque a dúvida. A carta é utilizada como forma de agradecimento, seguido da gratuidade funeral, 100% dos casos o esclarecimento sobre ME é realizado pelo médico. O esclarecimento do processo da doação é realizado em forma de reunião individual na maioria dos casos e também em grupo; um enfermeiro utiliza entrevista estruturada. Orientam sobre os trâmites funerários, as intercorrências e atrasos que podem ocorrer durante o processo, tempo de distribuição e quantos órgãos serão captados, a disponibilidade do centro cirúrgico, e entregam de um impresso com as informações necessárias. 85,7% relatam que há o desejo e 14,3% que não há manifestação dos familiares em conhecer os receptores. As sugestões dos enfermeiros foram: capacitação e humanização, divulgação da possibilidade de doação e melhor esclarecimento de ME pelo médico. **Conclusão:** O acolhimento realizado pelo enfermeiro do é em sala reservada na UTI ou no próprio SPOT, outros profissionais acompanham a entrevista, orientam quanto a doação ou aguardar a parada cardíaca, respondem a todas as dúvidas: o conceito de ME, processo da doação, os trâmites funerários e intercorrências, sentimentos identificados: tristeza e dúvida, medo, angústia, conforto e negação. Antes da entrevista, os familiares recebem o diagnóstico da ME pelo médico da unidade e muitas vezes, não é bem esclarecido, o enfermeiro esclarece aos familiares o conceito de ME e disponibilizam um impresso com as informações necessárias. A maioria dos familiares querem conhecer quem irá receber os órgãos, recebem cartas do SPOT como forma de agradecimento. As sugestões para a melhoria no acolhimento aos familiares foram: a capacitação e humanização, divulgação e esclarecimento de ME pelo médico.

**Descritores:** Acolhimento, Família, Doação de Órgãos e Tecidos

### Referências Bibliográficas

1. Curitiba. Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Paraná. Central Estadual de Transplantes do Paraná. Manual de transplante. [monografia online]. 3ª. ed. Curitiba: Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Paraná. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CET/Manual\\_CentralEstadualdeTransplantes\\_2014.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CET/Manual_CentralEstadualdeTransplantes_2014.pdf) [23 mar 2015]
2. Mendes KDS, Roza BA, Barbosa SFF, Schirmer J, Galvão CM. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21: 945-53.
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 292/2004. Normatiza a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos [online]. Disponível em: [http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2922004\\_4328.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2922004_4328.html) [26 out2015]

### O papel do enfermeiro na assistência ao potencial doador de órgãos e tecidos em morte encefálica

Carla Cerqueira Pires<sup>1</sup> Vanda Cristina dos Santos Passos<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem
2. Orientadora. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** Na atualidade, o mais importante doador de órgãos para transplante tem sido o portador de morte encefálica. A falha no reconhecimento ou reconhecimento tardio do portador de morte encefálica pode levar à perda de órgãos devido à parada cardíaca inesperada, instabilidade hemodinâmica ou infecção<sup>(1,2)</sup>. Esse processo de transformação de potencial doador em doador efetivo exige que a equipe multiprofissional seja qualificada e preparada para lidar com essa situação tanto na dimensão técnico-científica quanto humanística, que são inerentes ao cuidado de enfermagem<sup>(3)</sup>. **Objetivo:** Diante desta realidade, percebemos a necessidade de descrever o papel do enfermeiro no atendimento ao potencial doador de órgãos e tecidos em morte encefálica. **Método:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva, baseada em artigos científicos nacionais. Inicialmente os artigos foram destacados a partir da leitura do resumo e de acordo com o objetivo da pesquisa, selecionamos, conforme os critérios de inclusão da pesquisa, após realizarmos a leitura na íntegra. Para organização dos dados utilizamos um instrumento construído pela autora, contendo os seguintes itens: identificação do artigo, nome do periódico, título do artigo, ano e local de publicação, base de dados e resumo. **Resultados:** Após a leitura dos artigos selecionados, foram identificadas duas categorias para

apresentação dos resultados, sendo elas: Sistematização da Assistência de Enfermagem como base na assistência do potencial doador de órgãos e tecidos e o Papel do Enfermeiro nessa Assistência. É de responsabilidade da equipe de enfermagem realizar o controle de todos os dados hemodinâmicos do potencial doador. Para isso é necessário que o enfermeiro desta equipe possua conhecimentos a respeito das repercussões fisiopatológicas próprias da ME, da monitorização hemodinâmica, e repercussões hemodinâmicas, advindas da reposição volêmica e administração de drogas vasoativas<sup>(4)</sup>. O enfermeiro, dentro da equipe multiprofissional, gerencia o cuidado ao paciente em morte encefálica, e desempenha ações importantes na captação de órgãos, atuando principalmente na identificação de doadores, manutenção hemodinâmica, na comunicação com os centros de transplante e com os familiares do doador com a finalidade de viabilizar o processo de doação de órgãos<sup>(3)</sup>. **Conclusão:** O estudo permitiu descrever o papel do enfermeiro no atendimento ao potencial doador de órgãos e tecidos em morte encefálica o que envolve um conjunto de conhecimentos. O enfermeiro deve identificar o potencial doador, entender a complexa fisiopatologia da morte encefálica e prestar os cuidados intensivos para manter a perfusão adequada dos órgãos. Junto com a equipe multidisciplinar, instituir medidas terapêuticas adequadas, para que os órgãos possam ser retirados e transplantados nas melhores condições funcionais possíveis.

**Descritores:** Obtenção de tecidos e órgãos, Cuidados de enfermagem, Morte encefálica

### Referências Bibliográficas

1. Cardoso MA. Aspectos legais e éticos. In: Pereira WA. Manual de transplantes de órgãos e tecidos. 2ª. ed. São Paulo: Medsi; 2000. p.25-7.
2. Magalhães RA, Sanches MD, Pereira WA. O doador. In: Pereira WA. Manual de transplantes de órgãos e tecidos. 2ª. ed. São Paulo: Medsi; 2000. p.129-30.
3. Pestana AL, Santos JLG, Erdmann RH, Silva EL, Erdmann AL. Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47:258-64.
4. Guetti NR, Marques IR. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. Rev Bras Enferm. 2008; 61:91-7.

### Assistência de enfermagem na monitorização da Pressão Intracraniana

Diane da Silva Santos Miranda<sup>1</sup>, Vanda Cristina dos Santos Passos<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** Pacientes Neurológicos críticos, vítimas de Traumatismo Crânio Encefálico, Hemorragias Intracranianas, Neoplasias, Acidentes Vasculares Cerebrais, Infecções, entre outros, internados em Unidade de Terapia Intensiva exigem cuidados rigorosos, devido a vulnerabilidade do Sistema Nervoso Central<sup>(1)</sup>. Se a PIC não for reconhecida ou tratada, o conteúdo do crânio se tornará ainda mais comprimido, resultando em isquemia, desvios do encéfalo e possível herniação, evoluindo para morte encefálica<sup>(2)</sup>. É necessário que o enfermeiro esteja apto a executar procedimentos de alta complexidade, como: monitorar os valores da Pressão Intracraniana, monitorar a atividade elétrica do cérebro do paciente, identificar os principais sinais e sintomas que caracterizam a HIC, conhecer as intervenções de Enfermagem, e saber quais os diagnósticos devem ser feitos, e os cuidados a serem seguidos, para que os valores de Pressão Intracraniana permaneçam normais<sup>(3)</sup>. **Objetivo:** Identificar a Assistência de Enfermagem aos pacientes com Monitorização da Pressão Intracraniana. **Método:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva, baseada em artigos científicos nacionais. Atendendo aos critérios de inclusão e exclusão e após a seleção dos artigos e teses, foi realizado uma leitura do resumo, para selecionar o que tem de interesse para a pesquisa. **Resultados:** foram identificadas três categorias para apresentação dos resultados, sendo elas: Assistência de Enfermagem para manter a Pressão Intracraniana; Monitorização da Pressão Intracraniana; Tratamento da Pressão Intracraniana. **Considerações Finais:** Os artigos encontrados atingiram o objetivo do trabalho, para identificar a Assistência de Enfermagem na Monitorização da PIC envolvem um conjunto de conhecimentos relativos aos princípios da monitorização, tratamento neuroanatomia e neurofisiologia, bem como a fisiopatologia da Hipertensão Intracraniana.

**Descritores:** Assistência de Enfermagem, Pressão intracraniana, Monitorização, Neurologia

### Referências Bibliográficas

1. Stávale MA. Bases da terapia intensiva neurológica. São Paulo: Santos; 1996. 656p.
2. Foroni LHL, Pinto FCG. Hipertensão intracraniana. In: Pinto FCG. Hipertensão intracraniana em neurocirurgia. São Paulo: Santos; 2004. p.21-2.
3. Alcântara TFDL, Marques IR. Avanços na monitorização neurológica intensiva: implicações para enfermagem. Rev Bras Enferm. 2009; 62:894-900.

## A percepção do cuidar entre enfermeiros de unidades de internação de um hospital de ensino

Amanda Cristina de Lucena Ribeiro<sup>1</sup>, Maria Angela Reppetto<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** O processo de cuidado refere-se ao desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos baseados na ciência, experiência, na intuição e no pensamento crítico, realizadas para e com o paciente/cliente no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humana. **Objetivo:** Conhecer e comparar o significado do cuidar entre enfermeiros de unidades de internação de um hospital de ensino. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizada de junho a outubro de 2015 com 20 enfermeiros nas unidades de internação do Departamento de Medicina (DM) e Departamento de Cirurgia (DC) da ISCMSP, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ISCMSP (CAAE:37964914.2.0000.5479), e assinatura do TCLE pelos enfermeiros de cada unidade de internação. O instrumento para coleta de dados foi a Escala de Avaliação do Significado do Cuidar, as afirmativas foram colocadas em quadros na planilha de Excel e realizado o cálculo da média de cada categoria. **Resultados:** Em relação à caracterização dos enfermeiros, a maioria das enfermeiras dos DM, tem de 5 a 15 anos de formados (6-60,00%), já nos DC, tem 5 a 9 anos (4-40,00). Em relação ao tempo de trabalho na instituição a média foi de 6 a 11 anos (6- 60,00%), no DM; no DC foi de 1 a 5 anos (4-40,00%). As enfermeiras do DM, que responderam a EASC, valorizaram mais o imperativo moral (4,58), a relação interpessoal (4,52), a intervenção terapêutica (4,50), o afeto (4,46), a característica pessoal humana (3,82). As enfermeiras do DC valorizaram mais o a intervenção terapêutica (4,40), o afeto (4,38), o imperativo moral (4,35), a relação interpessoal (4,28) e a característica humana (3,69). Os resultados mostraram que não houve diferença significativa das médias das respostas entre as enfermeiras quanto às cinco categorias. Estudos realizados com grupo de graduando de enfermagem e docentes evidenciam diferenças nas categorias como “Característica Pessoal Humana” e “Imperativo Moral”, estas categorias estão relacionadas à própria saúde, conforto, alimentação e atividade física. Em relação ao “Imperativo Moral”, as diferenças apontadas foram referentes às afirmativas de sentimento ético-moral, solidariedade, compaixão e

idealização de estar presente<sup>(1,2)</sup>. A média das respostas das enfermeiras do DM e DC na categoria do cuidado “Característica Pessoal Humana”, não apresentaram diferença significativa, com médias de 3,82 e 3,69. As afirmativas que apresentaram uma menor média foram as questões 3- “Estou sempre atenta às alterações da minha saúde” e 5- “Durmo satisfatoriamente, todos os dias”, evidenciando que as enfermeiras não priorizam a atenção com a própria saúde, o conforto, a própria alimentação como significado do cuidado. **Conclusão:** Acreditamos que os bons resultados são alcançados quando as pessoas trabalham em conjunto, integradas, a partir das relações de cooperação e compromisso. Esses fatores são resultados do caráter, dos princípios e dos valores das pessoas e exteriorizadas através dos padrões de comportamento que, por sua vez, envolvem conhecimento, atitudes e habilidades<sup>(2)</sup>.

**Descritores:** Enfermagem, Humanismo, Hospitais, Cuidados de enfermagem

### Referências Bibliográficas:

1. Hernández Vergel LL, Zequeira Betancourt DM, Miranda Guerra AJ. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. Rev Cubana Enfermer. 2010; 26:30-41.
2. Bison RAP. A percepção do cuidado entre estudantes e profissionais de enfermagem. Tese [Doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2003.

## As práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde

Deborah Santos Nascimento<sup>1</sup>, Maria Fernanda Terra<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** Em 2006 o Ministério da Saúde publicou a Política de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) como parte das ações assistenciais no SUS. Dentre as práticas que compõem a política, estão: a Medicina Tradicional Chinesa, a Acupuntura, a Homeopatia, a Fitoterapia, a Medicina Antroposófica, entre outras<sup>1</sup>. **Objetivo:** Identificar a implementação das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica e exploratória nas bases de dados LILACS, SCIELO e BDENF, de artigos publicados entre 2006 a 2015 e publicados em Língua Portuguesa. Foram encontrados 21 registros na pesquisa geral; porém, apenas 6 artigos foram incluídos na análise final desse estudo. **Resultados:** Dos

seis artigos analisados, quatro deles apresentam as Práticas Integrativas e Complementares desenvolvidas no município de Florianópolis. Os outros dois nas regiões de Campinas, Belo Horizonte e Recife. Sobre os tipos de práticas desenvolvidas na região Sul, Santa Catarina, foram citadas várias, porém, as que predominaram foram as práticas corporais. Apesar do desenvolvimento das PICs, os artigos mostraram que há falta de conhecimento sobre as diretrizes nacionais da PNPIC pelos profissionais que desenvolvem as práticas. As dificuldades citadas para o desenvolvimento das PIC nas instituições foram: a falta de tempo e espaço adequado, a falta de insumos como agulhas de acupuntura e os medicamentos homeopáticos<sup>(2,3)</sup>. As dificuldades encontradas para a implantação e a manutenção das práticas são muitas, desde a falta de espaço físico, falta de financiamento dos materiais básicos para a sua realização, assim como a falta de conhecimento da PNPIC pelos profissionais que realizavam as atividades nas instituições. Estudo realizado no município de São Paulo corrobora para os achados desse estudo; além de apresentar outras dificuldades não citadas nos artigos analisados, como: a falta de qualificação dos profissionais e a disposição para a condução das práticas. Com base nos resultados encontrados neste estudo, as práticas corporais se destacaram como umas das práticas mais desenvolvidas na APS. Isso acontece pelo fato de que tais práticas se desenvolvem sem exigir muitos recursos, e pela pouca complexidade e exposição dos usuários a riscos. Apesar do número de UBS que dispõem das práticas corporais para os usuários atendidos, dados do Ministério da Saúde mostram que as práticas integrativas e complementares mais desenvolvidas no âmbito nacional são: a fitoterapia, a homeopatia e a acupuntura, respectivamente. **Considerações Finais:** Faz-se necessário a regulamentação de financiamento específico para fortalecer a implementação das PIC nos diferentes municípios, de acordo com as necessidades de saúde da população de cada região. Além disso, há a necessidade de que tal temática seja parte dos cursos de formação na área da saúde para disseminar os conhecimentos destas práticas sob uma abordagem holística, que tem potencial para superar o modelo biomédico de cuidado, e ampliar o leque para a produção de um cuidado que permite compreender que cada ser humano é único e necessita de cuidados integrais.

**Descritores:** Atenção primária à saúde, Terapias complementares

## Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas

Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 91p.

3. Espírito Santo. Secretária de Estado da Saúde do Espírito Santo. Manual de práticas integrativas e complementares no SUS. Vitória (ES): Secretária de Estado da Saúde do Espírito Santos. 2013. 48p.

## O significado do cuidar para a enfermagem: estudo bibliográfico

Lídia Rangel Miranda<sup>1</sup>, Maria do Carmo Querido Avelar<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** Saber cuidar implica aprender a cuidar de si e do outro, tendo sempre noção de nossa realidade, possibilidades e limitações<sup>(1)</sup>. As profissões da saúde, de forma geral, apresentam o cuidado como ferramenta de trabalho e a enfermagem, em especial, tanto como ferramenta quanto essência da profissão<sup>(2)</sup>. Propõe-se neste estudo levantar material relativo ao significado do cuidar para a enfermagem tendo o propósito de contribuir para a obtenção de subsídios aos futuros trabalhos sobre o tema. **Objetivo:** Identificar na literatura científica nacional publicações sobre o significado do cuidar para a enfermagem. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, de revisão bibliográfica, utilizando publicações nacionais, período de entre 2004 e 2014, na base de dados "online" Literatura Latino Americana e Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para a coleta do material utilizou-se o cruzamento das palavras chave: Cuidar, Significado, Enfermagem. Foi utilizada uma Ficha contendo duas partes: a caracterização do material (título, nome, volume, página, ano e local da publicação); autores - (profissão, categoria, função); tipo de pesquisa e palavras chave. A 2ª parte incluiu o conteúdo (objetivo, método, resultados e conclusão). O material foi selecionado iniciando-se com a leitura dos resumos das publicações; após procedeu-se à sua leitura na íntegra, averiguando a pertinência do conteúdo e o objetivo do estudo. Os dados coletados foram analisados estabelecendo categorias relativos ao seu significado e apresentados em tabelas e quadros, de acordo com a sua natureza. **Resultados:** Das 21 publicações selecionadas apenas 5 (cinco) foram incluídas no estudo. Em relação ao tipo de pesquisa sobressaíram os estudos descritivos, sendo a maioria de abordagem qualitativa (4-80%). Para análise dos dados, seguiu-se o critério de categorização, considerando a similaridade dos temas que emergiram dos conteúdos, estabelecendo-se duas categorias: "o significado do cuidar relativo ao pacien-

te” e o “significado do cuidar relativo ao paciente e família”. A primeira trata as questões relativas ao cuidar individual do paciente e a segunda inclui o paciente e a família, numa abordagem que amplia o conceito do cuidar nas dimensões psicossocial; físico/ambiental; cultural; tecnológica e estrutural. **Conclusão:** O estudo permitiu identificar o significado do cuidar para a Enfermagem, permeado por sentimentos, percepções e comportamentos construídos numa relação interpessoal, onde ocorrem trocas que possibilitam estabelecer vínculos e conhecer particularidades do paciente e família no momento do cuidar<sup>(3)</sup>.

**Descritores:** Conhecimento, Humanismo, Cuidados de enfermagem, Relações interpessoais, Relações enfermeiro-paciente

### Referências Bibliográficas

1. Silva LWS, Francioni FF, Sena ELS, Carraro TE, Randünz V. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. Rev Bras Enferm. 2005; 58:471-5.
2. Seguro AO, Neves JG, Branquinho RC, Sousa E. O cuidar: a dimensão de uma palavra que tem como significado uma profissão. Revista Rede de Cuidados em Saúde. 2008; 2:1-14.
3. Barra DCC, Waterkemper R, Kempfer SS, Carraro TE, Rudunz V. Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. Rev Bras Enferm. 2010; 63:203-8.

### Classificação de risco dos pacientes segundo Escala de Manchester: papel do enfermeiro

Gustavo Batalha de Lima<sup>1</sup>, Maria do Carmo Querido Avelar<sup>2</sup>

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem
2. Orientadora. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** As triagens realizadas nos serviços de urgência e emergência sem a utilização de protocolos eram até há pouco tempo feitas de forma intuitiva. Desde 2008, o governo estadual de Minas Gerais normatizou a classificação de risco, utilizando a Escala de Manchester em todas as Unidades de urgência do Estado, pioneiro no Brasil. O enfermeiro é indicado para avaliar e classificar a gravidade dos que procuram os serviços de emergência, assumindo a função na regulação da demanda assistencial e na determinação da prioridade no atendimento<sup>(1)</sup>. Portanto, indaga-se: os enfermeiros são conhecedores do seu papel na classifi-

cação de risco dos pacientes, de acordo com a Escala de Manchester? **Objetivo:** Identificar na literatura científica nacional publicações sobre o papel do enfermeiro no processo de classificação de risco dos pacientes, segundo a Escala de Manchester. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, de revisão bibliográfica, utilizando publicações nacionais, do período entre 2012 e 2015, das Bases de Dados: ScientificElectronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Na busca bibliográfica foi utilizado o cruzamento dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Triagem, Emergências e Enfermagem. O instrumento para a coleta de dados compôs-se de duas partes – a primeira sobre a caracterização do material (título – nome); volume; página, ano e local da publicação. Autores, profissão, categoria, função / tipo de pesquisa e descritores. A segunda parte incluiu o objetivo, método, resultados e conclusões. Feita a busca bibliográfica, foram lidos os resumos e posteriormente a leitura na íntegra das publicações relacionadas ao tema, sendo selecionados oito artigos. **Resultados:** O material coletado foi analisado emergindo, como papel do Enfermeiro, segundo a Escala de Manchester: avaliação e classificação de risco do paciente, acolhimento do paciente e atendimento humanizado; registro, identificação e tratamento do paciente; diagnóstico de Enfermagem/ avaliação do atendimento. Destaca-se também o papel do Enfermeiro na administração do fluxo de oferta e demanda dos usuários nos serviços de urgência, pois reúnem condições necessárias as quais incluem a linguagem clínica e sua contribuição na agilização das ações orientadas aos sinais e sintomas do paciente<sup>(2)</sup>. **Conclusão:** O enfermeiro desempenha papel determinante nos serviços das redes de urgência e emergência, realizando ações de Enfermagem na classificação de risco, segundo Escala de Manchester, visando atender holisticamente os pacientes em suas necessidades<sup>(3)</sup>.

**Descritores:** Triagem, Emergências, Enfermagem

### Referências Bibliográficas

1. Souza CC, Mata LRF, Carvalho EC, Chianca TCM. Diagnósticos de enfermagem em pacientes classificados nos níveis I e II de prioridade do Protocolo Manchester. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47:1318-24.
2. Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 33:181-90.
3. Damasceno FPC, Silva LG, Menezes MO, Silva DP. Acolhimento com classificação de risco na rede de urgência e emergência: perspectivas para a enfermagem. Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e da Saúde. 2014; 2:45-58.

## ESTUDO EXPERIMENTAL

### Avaliação do tratamento com anti-histamínicos, antiinflamatórios esteroidais e não esteroidais no edema de pata induzido pelo veneno de caranguejeiras em ratos

Bruno Ricardo Alves<sup>1</sup>, Alessandra Linardi<sup>2</sup>

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** As aranhas pertencentes à família *Theraphosidae* são comumente conhecidas como tarântulas (caranguejeiras no Brasil). O gênero *Vitalius dubius*, é encontrado principalmente nos estados de Minas Gerais e São Paulo<sup>(1)</sup>. Referente ao gênero *Brachypelma*, a espécie *Brachypelma smithi* é encontrada principalmente no México<sup>(2)</sup>. Essas aranhas são de porte médio, não agressivas e suas picadas em seres humanos resultam em manifestações clínicas não graves. No entanto, estas aranhas estão cada vez mais sendo mantidas como animais de estimação no Brasil, como em muitas outras partes do mundo<sup>(3)</sup>. **Objetivo:** Avaliar o pós-tratamento pela via oral e intraperitoneal de prednisolona, cetoprofeno, loratadina e metilprednisolona, no edema de pata induzido pelos venenos brutos de *Vitalius dubius* e *Brachypelma smithi* em ratos. **Método:** Foram utilizados ratos da linhagem Wistar, machos obtidos do biotério do Departamento de Ciências Fisiológicas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (CEUA 001/13). Os venenos foram obtidos de aranhas pertencentes ao Instituto Butantan, biotério do Prof. Dr. Rogério Bertani. Os venenos foram extraídos por eletroestimulação, utilizando método descrito por Rocha e Silva et al, 2009<sup>(4)</sup>. O volume da pata foi avaliado imediatamente antes dos venenos, para a medida basal e 30, 60, 120, 150 e 180 min após a administração dos venenos (método pletismográfico). A permeabilidade vascular foi quantificada através do extravasamento de albumina plasmática, usando o corante azul de Evans. Os resultados foram expressos em µg de azul de Evans/g de peso da pata. Os resultados foram analisados através do teste one way ANOVA ou one way ANOVA para medidas repetidas. Fisher post-hoc foi usado quando necessário. **Resultados:** Os resultados demonstraram

que os venenos de *V. dubius* e *B. smithi* induziram edema de pata dose e tempo-dependente em ratos. O pós-tratamento intraperitoneal de metilprednisolona, cetoprofeno e loratadina inibiu a resposta inflamatória causada pelo veneno de *V. dubius*. Enquanto que para o veneno de *B. smithi*, apenas cetoprofeno e loratadina foram efetivos por esta via. Por via oral a resposta inflamatória induzida pelo veneno de *V. dubius* foi inibida apenas pelo cetoprofeno e prednisolona. Enquanto que para o veneno de *B. smithi* não houve redução do edema após tratamento oral dos fármacos. **Conclusão:** Nossos resultados demonstraram que os venenos de *V. dubius* e *B. smithi* induziram edema de pata dose e tempo-dependente. A resposta inflamatória causada pelos venenos foi inibida pelo pós-tratamento com anti-inflamatórios esteroidais (prednisolona e metilprednisolona) e não esteroidais (cetoprofeno) e anti-histamínico (loratadina). A administração intraperitoneal dos fármacos foi mais efetiva quando comparada a via oral, especialmente quando consideramos a resposta inflamatória induzida pelo veneno de *B. smithi*, a qual não foi inibida por nenhum dos fármacos administrados pela via oral. A absorção de fármacos pela via oral sofre influência das enzimas digestivas, motilidade do trato gastrointestinal, pH e especialmente do metabolismo de primeira passagem hepática, o que reduz a biodisponibilidade. Entretanto, através da via intraperitoneal, o fármaco penetra rapidamente na circulação sistêmica.

**Descritores:** Edema/induzido quimicamente, Venenos de aranha, Aranhas/classificação, Anti-inflamatórios, Antagonistas dos receptores histamínicos, Ratos, Animais

### Referências bibliográficas

1. Bertani R. Revision, cladistic analysis, and zoogeography of *Vitalius*, *Nhandu* and *Proshapalopus*, with notes on other *Theraphosinae* genera (Araneae, Theraphosidae). Arq Zool. 2001; 36: 265-356.
2. Platnick NI. The world spider catalogue, version 15. [online]. American Museum of Natural History; 2014. Available from: <http://research.amnh.org/iz/spiders/catalog/INTRO1.html> [5 May 2014]
3. Saucier JR. Arachnid envenomation. Emerg Med Clin North Am. 2004; 22:405-22.
4. Rocha-E-Silva TA, Sutti R, Hyslop S. Milking and partial characterization of venom from the Brazilian spider *Vitalius dubius* (Theraphosidae). Toxicon. 2009;53:153-61.

# CUIDAR EM ENFERMAGEM NA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

## O brincar no cotidiano de crianças com câncer hospitalizadas e em tratamento ambulatorial

Vânia Delfino da Costa Vicença<sup>1</sup>, Fernanda Machado Silva Rodrigues<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** O brincar é a principal ocupação da criança, favorece seu desenvolvimento em todos os aspectos e auxilia no enfrentamento dos efeitos e prejuízos no desenvolvimento social, emocional e cognitivo, consequentes ao tratamento oncológico pediátrico.

**Objetivo:** Descrever a importância do brincar para crianças com câncer hospitalizadas e em tratamento ambulatorial. **Método:** Revisão integrativa com buscas realizadas nas bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando as palavras chave: "criança", "câncer" e "brinquedo". Aplicados os critérios de inclusão, obteve-se 26 produções, após análise dos resumos, a amostra final constituiu-se de 07 artigos.

**Resultados:** Após a análise dos artigos selecionados na íntegra, os dados extraídos foram reunidos, por similaridade, em quatro categorias: *Dificuldades apresentadas pelas crianças frente à hospitalização:* Destacou-se o fato dos períodos de internação resultarem na adaptação da criança a um ambiente novo, completamente distinto, com rotinas e pessoas diferentes, exposição frequente a muitas experiências estressantes e dolorosas, ausências frequentes às atividades cotidianas como ir a escola, praticar esportes, afastamento da família e amigos. As crianças demonstraram saudades de familiares, vizinhos, amigos, sentindo falta de objetos e animais de estimação. *Importância do brincar/brinquedo para a criança na hospitalização ou tratamento ambulatorial:* Brincar foi considerada a atividade mais importante e fundamental para o desenvolvimento motor, emocional, mental e social. Ao brincar, a criança com câncer, enxerga perspectivas desconhecidas, o que faz com que ela migre da condição passiva de doente para a de colaboradora em seu tratamento. *Estratégias utilizadas e operacionalização do brincar no ambiente hospitalar e ambulatorial:* A estratégia que se destacou foi o brinquedo terapêutico (BT), que possibilitou à criança aliviar a ansiedade gerada por experiências

incomuns à sua idade que costumam ser ameaçadoras e não são minimizadas somente com a recreação. O BT foi indicado quando a criança tivesse dificuldade em compreender ou lidar com alguma experiência difícil. Além disso, os estudos apontaram que a técnica desenvolve a capacidade da criança de relacionar-se com o cuidador, permitindo que demonstre sentimentos, contribuindo para promover a cooperação e a adesão ao tratamento. *Especificidades da utilização do BT para as crianças com câncer:* Observou-se a predileção das crianças por brincar com instrumentos hospitalares nas sessões de BT, podendo ser justificado pela capacidade que esta prática possui de refletir situações vivenciadas, aproximando as crianças dos procedimentos realizados e apresentam algum significado. O ato de brincar nas sessões de BT constituiu um recurso de comunicação viável e adequado, que proporcionou à criança momentos de descontração e a possibilidade de expressar seus anseios, dificuldades, desejos e emoções<sup>(1)</sup>. **Conclusão:** O brincar mostrou-se de grande importância tanto para o desenvolvimento da criança como para sua adaptação as novas rotinas no tratamento, promovendo situações de alegria, relaxamento, diminuição da ansiedade e do medo. O BT facilitou a expressão de sentimentos, promoveu a aproximação do profissional e criança, facilitou a aceitação dos procedimentos realizados e serviu como meio de orientação para os eventos durante o tratamento. Persiste uma dificuldade na implementação do brincar no ambiente hospitalar e ambulatorial, o que nos permite concluir que se faz necessário uma instrumentalização da equipe de saúde para que conheça seus reais benefícios, e assim possam implementá-lo nos cuidados a esta clientela.

**Descritores:** Criança, Neoplasias, Jogos e brinquedos

## Referência Bibliográfica

1. Souza LPS, Silva RKP, Amaral RG, Souza AAM, Mota EC, Silva CSO. Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico. Rev RENE. 2012; 13:686-92.

## Conhecimento e aplicação do protocolo de hipotermia em recém-nascido com encefalopatia hipóxica isquêmica por um grupo de enfermeiro

Tatiane da S.C.C. de Almeida<sup>1</sup>, Marilda de Deus Martins<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** Um dos problemas de saúde pública de difícil solução nos países em desenvolvimento é a Encefalopatia Hipóxica Isquêmica (EHI). A encefalopatia hipóxica-isquêmica é uma situação de hipoperfusão importante dos tecidos, bem como redução do oxigênio circulante que implicará em aspectos sistêmicos e celulares. Estudos realizados em RN com EHI, até a 6ª hora de vida e com a aplicação do protocolo de hipotermia, obtiveram resultados favoráveis à sua utilização. Não se discute a importância de “saber fazer” nas intervenções e práticas de enfermagem, no entanto, cabe enfatizar a necessidade do “saber saber”, pois o conhecimento técnico-científico é a base para que as intervenções sejam efetivas e garantam um bom prognóstico<sup>(1)</sup>. **Objetivo:** Apresentar o conhecimento, suas ações e o significado atribuído pelos enfermeiros que atuam unidade neonatal sobre a aplicação do protocolo de hipotermia em RN com EHI. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que busca apresentar a compreensão das enfermeiras que atuam na UTI neonatologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo sobre a aplicação do protocolo para resfriamento corpóreo total de recém-nascidos com encefalopatia hipóxica-isquêmica, protocolo de hipotermia (PH) em RN com EHI. Participaram do estudo 08 enfermeiras, seguindo os aspectos éticos para pesquisa envolvendo seres humanos, as enfermeiras foram convidadas a participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta aconteceu mediante entrevista gravada e transcrita no período de 13/01/2015 a 27/04/2015. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição com parecer de número 636.313, para tanto empregamos um instrumento formulado pela própria pesquisadora, que conta com 2 perguntas abertas. **Resultados:** Como estratégia de tratamento de dados obtidos nas entrevistas, utilizamos Minayo, 2010<sup>(2)</sup> e iniciamos a análise de dados a partir da transcrição e leitura minuciosa dos discursos das entrevistadas, cabe ressaltar que categorias de pensamento são usadas como forma de classificação das respostas obtidas. O processo de agrupar por similaridade as

ideias contidas nas transcrições das entrevistas foi norteado pelo objetivo do estudo e originou 4 (quatro) categorias de pensamento e subcategoria correspondentes, a saber: 1. Sobre o protocolo; 2. Aplicação; 2.1. O cliente; 2.2. Critério; 3. Competências da equipe de enfermagem; 4. Dificuldade na execução. **Considerações Finais: Considerações Finais:** O presente estudo evidencia que as enfermeiras agregam conhecimento científico no cuidado ao RN em PH, bem como reconhecimento de suas ações. Quanto ao valor atribuído pelo enfermeiro, este esteve presente em todas as falas. Nesse sentido, considera-se que o significado da atuação do enfermeiro no protocolo de hipotermia em RNs se inicia desde seu conhecimento até sua total aplicabilidade, sendo extremamente importante a assertividade da aplicação deste protocolo, a fim de assegurar os resultados esperados no Tratamento de EHI. Portanto, dada a relevância do tema para enfermagem acreditamos ser necessário que estes profissionais busquem, ampliem o conhecimento sobre o tema com a produção de novos estudos.

**Descritores:** Conhecimentos, atitudes e prática em saúde, Hipóxia-isquemia encefálica, Hipotermia/induzido quimicamente, Protocolos clínicos, Recém-nascido

### Referências Bibliográficas

1. Rolim KMC, Araújo AFPC, Campos NMM, Lopes SMB, Gurgel EPP, Campos ACS. Cuidado quanto à termorregulação do recém-nascido: o olhar da enfermeira. Rev RENE. 2010; 11:44-52.
2. Minayo MCS. Técnicas de análise de material qualitativo. In: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2010. p.303-60. (Saúde em Debate; 46)

## Hipoglicemia neonatal transitória em recém-nascidos a termo: prevalência e fatores de risco neonatais e maternos

Samara Gonçalves Simões de Oliveira<sup>1</sup>, Lenir Honório Soares<sup>2</sup>, Dieime Elaine P. F. Dias<sup>3</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

3. Co-Orientadora. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** A hipoglicemia neonatal transitória é um problema metabólico frequente no período neonatal, ocorrendo geralmente nas primeiras seis

horas de vida. Se não reconhecida e controlada pode levar a danos graves a saúde e ao desenvolvimento do recém-nascido, devido ao acometimento neurológico<sup>(1)</sup>.

**Objetivo:** Identificar a prevalência e os fatores de risco maternos e neonatais associados à hipoglicemia neonatal transitória em recém-nascidos a termo em uma unidade de alojamento conjunto. **Método:** Pesquisa observacional, descritiva, quantitativa, de desenho transversal. **Resultados:** A população do estudo foi constituída por 76 binômios puérpera-neonato. A amostra foi composta por 10 puérperas e 10 neonatos, admitidos na Unidade de Alojamento Conjunto no período de um mês. A taxa de prevalência do diagnóstico de hipoglicemia foi 20%. A média da idade materna foi 30 anos. A maioria (40%) gestou duas vezes, com média de paridade de 1 a 2 filhos, 40% com um nascido vivo pelo menos, 70% relataram não ter tido nenhum natimorto e 60% não tiveram nenhum aborto. 50% apresentaram IMC entre 30,0 a 34,9 kg/m<sup>2</sup>. Todas as entrevistadas realizaram pré-natal, e a primeira consulta foi realizada pelo enfermeiro em Unidades Básicas de Saúde. 50% das mulheres pariram por parto vaginal e 40% por cesariana. A maioria recebeu analgesia no parto (70%). Mais que a metade (60%) das mães ficaram internadas por um período maior que seis horas em trabalho de parto. 60% referiram não possuir antecedente ou história familiar de hipoglicemia. História materna de diabetes gestacional na gestação foi identificada em 30%. Uma puérpera foi diagnosticada com SHEG, 60% das mães apresentaram alguma intercorrência na gestação. A infusão endovenosa intermitente de glicose hipertônica foi administrada em 20% das parturientes. Em relação ao trauma mamilar, verificou-se a constatação em apenas 20% das puérperas. Sobre orientação da amamentação durante a gestação, 90% referem terem sido orientadas pela enfermeira. Quanto aos RNs, a maioria apresentou peso maior que 2500 gramas. A idade gestacional mostrou que a grande maioria dos neonatos (80%), tinha entre 37 e 40 semanas. Apenas 20% apresentaram sinais relacionados ao quadro de hipoglicemia. No que diz respeito à classificação do peso relacionado à idade gestacional, houve predomínio de recém-nascidos adequado para a idade gestacional. A maioria (90%) não foram colocados para sugar a mama materna nos primeiros 30 minutos de vida. Por outro lado, a prática de colocar o RN para sugar a mama materna nas primeiras 2 horas de vida ao estar internado na unidade de Alojamento Conjunto ocorreu em 90% dos casos. **Conclusão:** O sinal mais frequente entre os neonatos com diagnóstico de hipoglicemia neonatal foi hipoatividade. Os achados deste estudo apontam que mais estudos correlacionais analisando variáveis maternas e hipoglicemia neonatal são necessários, com a finalidade de validar os fatores de risco materno em população de neonatos internados em maternidades.

**Descritores:** Prevalência, Fatores de risco, Hipoglicemia

## Referência Bibliográfica

1. Freitas P. Prevalência e fatores associados à hipoglicemia transitória em recém-nascidos internados em um Hospital Amigo da Criança. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 2009.

## Determinantes sociais de saúde relacionados a reincidência de gravidez na adolescência

Guilherme Duarte Farias de Lisboa<sup>1</sup>, Lívia Keismanas de Ávila<sup>2</sup>

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem
2. Orientadora. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** A reincidência de gravidez na adolescência pode se relacionar com diversos fatores. As condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e a forma como se relacionam com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, bem como as redes sociais e comunitárias, constituem os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) que ao relacionarmos com a reincidência de gravidez na adolescência possibilitam constituir políticas públicas e estratégias que possam reduzir este problema de saúde pública<sup>(1)</sup>. **Objetivo:** Identificar os Determinantes Sociais de Saúde relacionados a reincidência de gravidez na adolescência. **Método:** Pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa, nas bibliotecas SciELO e BVS (base de dados LILACS). Para a coleta de dados utilizou-se os descritores: Adolescente e Gravidez e a Palavra Chave: Reincidência, e foram incluídos no estudo artigos publicados entre os anos de 2010 e 2014, no idioma português e disponíveis eletronicamente. Nos artigos selecionados foram identificadas expressões-chave e estas associadas as DSS. **Resultados:** Foram encontradas 66 expressões nas publicações científicas, das quais 30% se relacionam ao DSS Estilo de Vida. Fatores comportamentais de estilo de vida estão fortemente influenciados pelos DSS, pois é muito difícil mudar comportamento de risco sem mudar as normas culturais que os influenciam<sup>(2)</sup>. 28,7% representam educação e desemprego, ou seja, Condição de Vida e Trabalho. 19% refere às Condições Socioeconômicas, Culturais e Ambientais, onde há atuação de políticas macroeconômicas e do mercado de trabalho, promoção de uma cultura de paz<sup>(2)</sup>. 9,09% foram classificadas

como Rede Sociais e Comunitárias, em que a falta de perspectiva de vida aliada a conflitos familiares muitas vezes se processa em uma gravidez não planejada ou na sua recorrência<sup>(3)</sup>. E, 3,03% das expressões foram identificadas como referentes aos fatores individuais não modificáveis, ou seja, a condições biológicas como menarca, hereditariedade e outros **Conclusão:** Considerando a complexidade da adolescência, a gravidez e sua reincidência esta determinada por todos os níveis dos determinantes sociais da saúde. Porém, há uma convergência ao determinante Estilo de Vida, que depende de comportamentos individuais condicionados a inserção socioeconômica, escolaridade e, conseqüentemente, políticas públicas direcionadas ao público adolescente. Diante disso, é fundamental considerarmos que os profissionais de saúde, educadores e governantes integram a rede de atenção ao adolescente, considerando uma abordagem intersetorial e integral com o objetivo de criar estratégias específicas direcionadas à esta geração e políticas públicas de promoção da saúde.

**Descritores:** Gravidez, Adolescente, Recidiva

## Referências Bibliográficas

1. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* (Rio J). 2007;17:77-93.
2. Nery IS, Mendonça RCM, Gomes IS, Fernandes ACN, Oliveira DC. Reincidência da gravidez em adolescentes em Teresina, PI, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64: 31-7.
3. Manfredo VA, Cano MAT, Santos BMO. Reincidência de gravidez em adolescentes: retrato de uma realidade. *Rev APS*. 2012; 15:192-8.

## Avaliação e manejo da dor na criança oncológica: subsídios para a assistência de enfermagem

Sheila Katyuscia Gomes Pavan Torres<sup>1</sup>, Fernanda Machado Silva Rodrigues<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem
2. Orientadora. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** No Brasil, assim como nos países desenvolvidos, o câncer já representa a primeira causa de morte, por doença, em criança e adolescentes de 1 a 19 anos, para todas as regiões. Mesmo com os avanços na área de oncopediatria, as equipes de saúde deparam-se com grandes desafios, dentre eles, a avaliação e o controle da dor oncológica pediátrica. **Objetivo:** Identificar na literatura científica evidências acerca da avaliação e manejo da dor que subsidiem a assistência de enfermagem a criança com câncer. **Método:** Revisão bibliográfica, nas bases

de dados disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde, no período de janeiro de 2000 a novembro de 2015, mediante cruzamento com as seguintes palavras chave: “câncer”, “criança”, “dor” e “enfermagem oncológica”. **Resultados:** O processo de síntese dos principais achados dos estudos selecionados gerou as seguintes categorias: *Indicadores da experiência de dor na criança oncológica descritos pelos enfermeiros; Métodos farmacológicos e não farmacológicos para o manejo da dor; Dificuldades na avaliação e manejo da dor.* As produções mostraram-se inconstantes ao longo dos anos, trata-se de uma temática pouco explorada, embora a dor seja considerada o quinto sinal vital e seu controle faça parte das ações do enfermeiro que se dedica ao cuidado com esta clientela. Nesse sentido, o enfermeiro encontra-se em uma posição privilegiada para avaliar a dor da criança, podendo sobretudo, influenciar em seu controle<sup>(1)</sup>. *Indicadores da experiência de dor na criança oncológica descritos pelos enfermeiros:* embora exista preocupação com o alívio da dor, ela não é facilmente reconhecida e quando é, pode ser tratada inadequadamente, mesmo com recursos apropriados. *Métodos farmacológicos e não farmacológicos para o manejo da dor:* dado interessante, ao passo que reconhecem a importância da utilização da escala analgésica para tratamento da dor, foi mais frequente o emprego de analgésicos opióides fracos, em detrimento dos fracos associados a medicações adjuvantes, como indica a Organização Mundial da Saúde (OMS). Os métodos não-farmacológicos práticos para o controle da dor. A saber: possibilitar que a criança permaneça no colo da mãe, mudança de decúbito, bolsa quente, mamadeira, relacionamento confiante, ambiente calmo, repouso e relaxamento, desvio da atenção da dor para outro foco. *Dificuldades na avaliação e manejo da dor:* Crianças e pacientes com dificuldades cognitivas, verbais ou aqueles que não podem se expressar, tornam-se um fenômeno à parte, portanto, para que o reconhecimento do quadro doloroso destes pacientes seja possível, é necessário observar a sinalização não verbal indicativa de dor como forma de linguagem alternativa. **Conclusão:** O enfermeiro tem total autonomia para avaliar e manejar a dor da melhor forma possível, seja por meio de métodos não farmacológicos ou farmacológicos. Percebe-se que ainda falta para a equipe de enfermagem conscientização sobre a dor da criança oncológica, por seu caráter subjetivo. Ainda faltam estudos que adaptem ou criem instrumentos adequados para a avaliação da dor na criança oncológica.

**Descritores:** Neoplasias, Criança, Dor, Enfermagem oncológica

## Referência Bibliográfica

1. Morete MC, Minson FP. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. *Rev Dor*. 2010; 11:74-80.

# CUIDAR EM ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER

## Fatores de risco maternos e neonatais que levam ao desmame precoce e seus danos causados ao lactente: revisão bibliográfica

Barbara Neto Correia<sup>1</sup>, Lenir Honório Soares<sup>2</sup>, Dieime Elaine P. F. Dias<sup>3</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

3. Co-Orientadora. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** O desmame precoce é definida sendo, a interrupção do aleitamento materno exclusivo, antes do lactente haver completado seis meses de vida. Este tema vem sendo estudado quanto aos seus fatores e consequências relacionadas<sup>(1)</sup>. **Objetivos:** identificar, na literatura nacional, os fatores de risco da mãe e do recém-nascido, que levam ao desmame precoce e verificar os principais danos causados ao lactente pelo desmame precoce. **Método:** Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica, com buscas realizadas nas bases de dados, LILACS e SCIELO com as palavras chave: "fatores de risco", "desmame precoce", "recém-nascido"; "causas" e "danos" no período de 2000 a 2014, com uma amostra de 40 artigos. **Resultados:** Encontrada uma prevalência de 40% das publicações entre 2005 a 2009 e o principal local de estudo foi em São Paulo com 45%. Em relação à categoria profissional, o que predominou foram os médicos, com 29,31% seguidos dos enfermeiros em 24,15%. Foram encontrados 60 fatores de risco maternos, que levam ao desmame precoce. Vale ressaltar que em alguns artigos foram encontrados mais de um fator de risco, o que justifica o número maior que a amostra. O motivo para o desmame precoce que predominou são as falsas crenças maternas, com 28,34% dos artigos, decorrentes de conceitos inadequados sobre o leite e aleitamento maternos, seguido do contexto socioeconômico, em 18,33%, decorrente da sobrecarga que as mulheres vêm assumindo, papel de chefes de família, somando-se ao de mãe, esposa e filha, não tendo muito tempo para amamentar. Os traumas mamilares e ingurgitamento mamário em 13,33% das publicações, muitas nutrizas passam por dificuldades relacionadas à técnica incorreta de amamentação, que incluem mamilos doloridos, trauma mamilar e ingurgitamento mamário. Orientação ineficiente durante

o pré-natal em 8,33% como fator de risco. Os fatores de risco para o desmame precoce do recém-nascido foram o uso de chupetas (50%) dos artigos, uso de mamadeira em 18,20%, que pode causar a confusão de bicos, seguido por prematuridade com 13,62%, esse fator pode apresentar barreiras emocionais e psicológicas para iniciar e manter a lactação. Quanto aos danos causados ao lactente devido ao desmame precoce 26,10% das publicações apontaram para infecções, 17,38% para disfunção motor-oral e 13% anemia ferropriva. **Conclusão:** A prevalência do aleitamento materno vem aumentando ao longo dos anos, porém os resultados identificados neste estudo mostram que ainda está aquém ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Apesar de conhecermos as grandes vantagens do aleitamento materno, ainda assim o desmame precoce, no Brasil, apresenta um alto índice, levando a vários danos à saúde neonatal. Os fatores maternos identificados neste estudo foram: falsas crenças maternas, contexto socioeconômico, traumas mamilares, orientação ineficiente durante o pré-natal, grau de escolaridade e falta de incentivo da rede de apoio. Em relação aos fatores de risco neonatais esta pesquisa detectou: uso de chupeta, uso de mamadeira e prematuridade. No que diz respeito aos danos causados ao lactente, foram identificados: disfunção motor oral, infecções e anemia ferropriva.

**Descritores:** Desmame, Aleitamento materno, Fatores de risco, Recém-nascido

## Referência Bibliográfica

1. Silva MBC, Moura MEB, Silva AO. Desmame precoce: representações sociais de mães. Rev. Eletrônica Enferm. 2007; 9:31-50.

## O papel dos profissionais da atenção primária à saúde na atenção à mulher usuária de álcool

Nilma de Campos Honório Cavalcante<sup>1</sup>, Lívia Keismanas de Ávila<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** A Síndrome de Abstinência do Álcool é o transtorno mental mais prevalente na sociedade. Considerado um grave problema de saúde pública

mundial, é uma patologia crônica, responsável por prejuízos sociais, clínicos, trabalhistas, econômicos e familiares<sup>(1)</sup> No Brasil, de acordo com os dados do Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), no II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, é possível notar que a dependência alcoólica aumentou entre os anos de 2001 e 2005, de 68,7% para 74,6%<sup>(2)</sup>. Nos últimos anos, a dependência alcoólica feminina aumentou de 5,7% para 6,9% e o uso do álcool na vida de 60,6% para 68,3%<sup>(2)</sup>. Desta forma, o reconhecimento dessas mulheres pelos profissionais de saúde fornece subsídios para aperfeiçoar o atendimento, melhorar a adesão destas pacientes ao tratamento e permite que as ações de saúde nesse campo sejam mais efetivas. **Objetivo:** Identificar, na literatura científica nacional, qual o papel exercido pelo profissional de saúde da atenção primária na assistência às mulheres usuárias de álcool. **Método:** Pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa na Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - Base de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS). A busca foi realizada por meio dos Descritores: Alcoolismo, Atenção primária à saúde e Saúde da mulher, combinados entre si. Foram incluídos no estudo publicações em português, entre os anos de 2010 e 2014, disponíveis eletronicamente e que mencionaram a mulher como sujeito da pesquisa. **Resultados:** Foram identificadas 04 publicações (2 teses e 2 artigos científicos) que compreenderam a atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde na assistência às mulheres usuárias de álcool. Referente à atuação destes profissionais na assistência a usuárias de álcool, foram identificadas nas publicações, formas diferentes de prestar esse atendimento. Em evidência estão as estratégias que se constituem de abordagens multidisciplinar e interdisciplinar que possibilitam a integralidade da assistência a essas mulheres. Além disso, há um direcionamento das pesquisas para a necessidade de estabelecer redes de atenção psicossocial como um mecanismo de garantia da integralidade da assistência, a fim de proporcionar uma atenção direcionada a necessidade específica de cada mulher. **Considerações Finais:** Entre as ações identificadas pelos profissionais da atenção primária à saúde em relação ao atendimento da mulher alcoolista, estão as estratégias de atendimento multidisciplinar com grupos terapêuticos direcionados exclusivamente para mulheres e que envolvem atitudes de acolhimento, atenção apoio, segurança, orientação, valorização e escuta. Ocorre estigmatização pelos profissionais de saúde, e essa prática reflete negativamente, induzindo indiretamente os profissionais a não realizarem estratégias de promoção e prevenção ao uso do álcool, levando a um modelo de atendimento higienista e

dicotomizado, e com visão superficial das necessidades de saúde dessas mulheres, distanciando-a cada vez mais da busca pelo tratamento.

**Descritores:** Atenção primária à saúde, Alcoolismo, Saúde da mulher

### Referências Bibliográficas

1. Silva CJ. Critérios de diagnóstico e classificação. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, Lacerda ALT, Rocha Júnior A, Bonadio AN, et al. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p.89-95.
2. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo AS, et al. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: Páginas & Letras; 2007. 472p.

### Análise dos documentos norteadores da assistência em planejamento familiar na atenção primária a saúde

Luana Barbosa Barros<sup>1</sup>, Maria Fernanda Terra<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem
2. Orientadora. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** A discussão acerca da contracepção e dos direitos sexuais e reprodutivos é essencial para a assistência na Atenção Primária à Saúde. Para tanto, faz-se necessária a elaboração e uso de protocolos norteadores da assistência aos profissionais, para que utilizem a mesma linguagem e atuem na perspectiva da garantia dos direitos para apoiar a construção da autonomia dos indivíduos. **Objetivos:** Verificar a existência de protocolos norteadores de consultas e grupos no tema da contracepção nos documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde. Identificar se o enfoque dos documentos norteadores supera o tema da contracepção, e inclui os direitos sexuais e reprodutivos. **Método:** Pesquisa descritiva, exploratória qualitativa a partir da análise de documentos norteadores oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde dirigidos à assistência em planejamento familiar. **Resultados:** Foram encontrados e analisados três documentos norteadores oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde para orientar a prática assistencial dos profissionais sobre o Planejamento Familiar. Os documentos encontrados foram nominados como: DOC1 (Brasil. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática; 1984)<sup>(1)</sup>; DOC2 (Brasil. As-

sistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico; 2002)<sup>(2)</sup> e DOC3 (Brasil. Saúde sexual e saúde reprodutiva; 2013)<sup>(3)</sup>. Os documentos mais recentes (DOC2 e DOC3) são aqueles que apresentam protocolos para orientar a prática dos profissionais na assistência em planejamento familiar; trazem a temática da assistência em planejamento familiar como uma ação não específica do pré-natal, apesar da ligação e relação direta entre as duas temáticas. Com a evolução da necessidade de uma abordagem assistencial focada na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, houve uma mudança no conteúdo do documento mais atual que é o DOC3. A mudança da abordagem entre os protocolos se apresenta do seguinte modo: enquanto no DOC2 as orientações sobre os métodos estavam descritas na temática da anticoncepção, no DOC3 a mesma abordagem se apresenta descrita no tema práticas educativas em saúde sexual e reprodutiva, ou seja, a garantia dos direitos se coloca como um tema de educação em saúde e não apenas da assistência individual. **Considerações Finais:** O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem e/ou ao casal, para tanto, deve-se considerar o contexto de vida de cada pessoa, as desigualdades de gênero na sociedade e a necessidade de garantir direitos acerca da tomada de decisão sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência. Além disso, mostra-se necessário que as discussões sobre os métodos contraceptivos superem a ação específica do Planejamento Familiar, para ação de educação sexual e reprodutiva, permitindo o acesso por todos, mesmo entre os adolescentes.

**Descritores:** Planejamento Familiar, Anticoncepção, Direitos sexuais e reprodutivos

### Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. – Brasília: Ministério da Saúde; 1984. 27p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 150 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.40)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 300p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26)

### Posições maternas no trabalho de parto e parto: revisão da literatura

Camila Gaeta Carneiro<sup>1</sup>, Lenir Honório Soares<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** As parturientes devem ser estimuladas pela equipe a experimentar posições confortáveis, já que segundo a literatura há benefícios em relação ao bem-estar fetal e neonatal, a duração do trabalho de parto, a dor, satisfação materna, aos índices de traumas perineais e ao tipo de parto. **Objetivos:** Identificar na literatura científica produções bibliográficas que descrevam as posições possíveis durante o trabalho de parto e parto e descrever, baseado na literatura científica, as vantagens e desvantagens das diversas posições utilizadas no parto. **Método:** Pesquisa bibliográfica descritiva, realizada em novembro de 2015 no site da Biblioteca Virtual em Saúde com critérios de inclusão: os trabalhos publicados entre janeiro de 2005 a outubro 2015, que incluam o objeto de estudo, disponíveis na íntegra eletronicamente no idioma Português, após aprovação da Comissão Científica de Enfermagem, os dados foram registrados em quadros e analisados segundo a literatura. **Resultados:** Amostra de cinco artigos<sup>(1-5)</sup>, incluindo dois artigos de levantamento bibliográfico e revisões baseadas em ensaios clínicos. Dos artigos apresentados, a posição vertical e suas variáveis são discutidas quanto suas vantagens e desvantagens. A mesma ganha destaque, pois além de apresentar Nível de evidência A, quando promove um aumento dos diâmetros pélvicos, facilitando o desprendimento fetal, traz benefícios maternos em diminuir o uso de analgesias nos dois estágios do trabalho de parto, reduz tempo de dor e duração principalmente no segundo período do trabalho de parto, apresenta menos irregularidade uterina, diminuir índices de partos instrumentalizados, uso de ocitocinas e episiotomia. Os benefícios fetais: diminuição de padrões anormais dos batimentos cardíacos, prevenção da oclusão da artéria aorta e veia cava, elevação do PH médio da artéria umbilical demonstrando melhor oxigenação ao promover maior irrigação sanguínea, diminuindo conseqüentemente risco de sofrimento fetais. As desvantagens em relação a posição vertical, foram citadas em apenas dois foram semelhantes, em relação ao aumento no risco de sangramento > 500mL, sem aumento da necessidade de transfusão e sem repercussões clínicas consideráveis e discreta elevação de laceração 2º grau. Em relação a posição supina e variáveis, há um confronto destas posições em relação

a posição vertical. Apesar da literatura recomendar a posição supina e decúbito lateral esquerdo, houveram resultados desfavoráveis ao uso dessa posição, não apresentando os benefícios gravitacionais. **Conclusão:** São necessários mais estudos randomizados, para mais evidências sobre as restantes variáveis avaliadas. Isto poderia possibilitar maior aplicabilidade clínica das posições maternas durante o parto, conseqüentemente maior autonomia da parturiente na tomada de decisão em relação a posição que pensa ser mais vantajosa, confortável e que lhe trará mais benefícios.

**Descritores:** Trabalho de parto, Parto/métodos, Parto Humanizado, Humanização da assistência, Postura

### Referências Bibliográficas

1. Bavaresco GZ, Souza RSO, Almeida B, Sabatino JH, Dias M. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16:3259-66.
2. Nilsen E, Sabatino H, Lopes MHB. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45:557-65.
3. Amorin MMR, Port AMF, Souza ASR, Assistência ao segundo período e terceiro período do trabalho de parto baseado em evidências. *Femina*. 2010; 38:583-91.
4. Silva LB, Silva MP, Soares PCM, Ferreira QTM. Posições maternas no trabalho de parto e parto. *Femina*. 2007; 35:101-6.
5. Baracho SM, Figueiredo EM, Silva LB, Cangussu ICAG, Pinto DN, Souza ELBL, et al. Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2009; 9:409-14.

### Diagnósticos de enfermagem identificados em mulheres mastectomizadas

Clarice Silveira dos Santos<sup>1</sup>, Lenir Honório Soares<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem
2. Orientadora. Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** O câncer de mama é considerado o de maior incidência em mulheres, tanto no mundo como em território nacional. O diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico que identifica os dados coletados para entendimento das necessidades, preocupações ou problemas de saúde do paciente e a escolha de abordagens apropriadas através da resposta do paciente<sup>(1)</sup>. **Objetivo:** Identificar na literatura nacional os possíveis diagnósticos de enfermagem (DE) de mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama. **Método:** Estudo descritivo quantitativo, objetivando localizar produções científicas relevantes acerca do tema proposto. A busca

bibliográfica foi efetuada na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). **Resultados:** Foram identificados 33 DE, 20 eram de periódicos que utilizaram a Taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) e 13 dos que utilizaram a Classificação Internacional Práticas de Enfermagem (CIPE). Distúrbio de imagem corporal foi o DE mais recorrente e prevalente, seguido de: ansiedade, dor aguda, angústia espiritual, medo, isolamento social. Evidenciou-se que as “restrições de atividades” é o fator que mais afeta fisicamente as mulheres mastectomizadas seguido pela mutilação do corpo e alopecia. Dor e lesões na pele são problemas com menor grau de interferência, portanto a mudança no cotidiano da mulher afeta mais sua vida do que a dor. A pesquisa mostra que os problemas emocionais são diversos e prejudicam a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas, a “baixa autoestima” decorrente da situação é apontada como o maior problema emocional. Entre os problemas sociais o isolamento social e a dificuldade de relacionamento são as dificuldades mais incidentes nessa população. Entre todos os problemas revelados a vergonha, baixa autoestima e distúrbio de imagem são as complicações que mais afetam essas mulheres, ficando evidente que o isolamento e a dificuldade de relacionamento são consequência desses sentimentos. **Considerações finais:** A intervenção de enfermagem é imprescindível e seu papel é relevante principalmente no ensinamento do autocuidado, interagindo com as mulheres e explicitando a importância de cada um dos cuidados específicos que elas terão que tomar conhecimento após a mastectomia<sup>(2)</sup>. Os problemas psicossociais que mais as afetam são: distúrbios de autoimagem; ansiedade; restrição de atividades da vida diária; perda da identidade feminina; mutilação do corpo; baixa autoestima, sentimentos negativos; isolamento e solidão. Esses problemas relatados pelas mulheres são os fatores que colaboram para a identificação dos diagnósticos de enfermagem e contribuem para a elaboração de uma assistência mais adequada.

**Descritores:** Mastectomia, Diagnóstico de enfermagem, Neoplasias da mama/cirurgia, Mulheres, Feminino

### Referências Bibliográficas

1. Lunney M. Coleta de dados, julgamento clínico e diagnósticos de enfermagem: como determinar diagnósticos precisos. In: Herdman TH, organizadora. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional: definições e classificação 2012-2014*. Porto Alegre: Artmed; 2013. p.113-33.
2. Silva SED, Vasconcelos EV, Santana ME, Rodrigue ILA, Leite TV, Santos LMS, et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63:727-34.

## A violência doméstica de gênero: anotações em prontuários-família de serviços da APS

Elise Carmona Darmau<sup>1</sup>, Maria Fernanda Terra<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** A violência contra as mulheres foi denunciada pelo movimento feminista na década de 70; que nominou por gênero para as desigualdades entre homens e mulheres na sociedade. Na década de 90 a violência contra a mulher foi reconhecida como um problema de saúde pública e violação dos direitos humanos<sup>(1)</sup>. Apesar disso, o reconhecimento da violência contra as mulheres é pouco percebido nos serviços de saúde, principalmente na APS, apesar da proximidade do serviço à vida das mulheres e suas famílias. Esse estudo se insere na pesquisa maior "Atenção primária à saúde e o cuidado integral em violência doméstica de gênero: estudo sobre a rota crítica das mulheres e crianças e redes intersetoriais", coordenado pelas professoras Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira e Lilia Blima Schraiber, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP<sup>(2)</sup>. **Objetivo:** Identificar os registros de violência doméstica de gênero contra as mulheres, nos prontuários-família de Serviço de APS das regiões das Coordenadorias Oeste e Sudeste, no Município de São Paulo. **Método:** Pesquisa descritiva, retrospectiva, com abordagem quantitativa, analítica de dados secundários advindos de 18 prontuários-família das mulheres em situação de violência doméstica de gênero, usuárias de serviços de APS. A pesquisa maior foi aprovada pelos CEP da FMUSP e da SMSMSP. **Resultados:** Há registro em apenas 12 (66,7%) dos prontuários-família. Dentre os membros das equipes que registraram as situações de violência nos prontuários, estão médicas 12 (46,2%), enfermeiras 7 (26,9%), ACS, 5 (19,2%) e auxiliares de enfermagem 2 (7,7%). Alguns membros do NASF registraram a situação de violência das mulheres, principalmente: assistentes sociais 8 (36,4%), psiquiatras 6 (27,3%), ginecologistas 5 (22,7%), psicólogas 2 (9,1%) e nutricionista 1 (4,5%). As queixas de saúde mental 33 (48,5%) se destacaram dentre as demandas das mulheres, principalmente: ansiedade, choro, angústia, depressão, ideias suicidas, insônia, irritabilidade, nervosismo e tristeza. Em seguida, foram as queixas clínicas 21 (31,0%): anedonia, corrimento vaginal, pirose, sangramento vaginal e tosse. Posteriormente, as "Algias diversas", 14 (20,5%): dor em baixo ventre, cefaleia, dores no corpo, dores articulares, dor no

peito e dores nas costas. **Conclusão:** Percebeu-se um aumento nos registros da violência nos prontuários, principalmente pelos membros da ESF. Apesar dessa visibilidade a partir dos registros, as queixas das mulheres se mantiveram e foram, principalmente de ordem mental. A partir dos dados analisados pode-se dizer que as UBS tentaram responder às necessidades das mulheres, porém, sem impacto positivo em diminuir as queixas. Pode-se considerar que há a necessidade de que essa temática esteja presente nas formações em saúde, principalmente da enfermagem, pela proximidade das usuárias, e que precisa compreender que, além de reconhecer a violência precisa haver mudanças das práticas de cuidado e contribuir para uma vida saudável e livre de violência<sup>(3)</sup>.

**Descritores:** Violência contra a mulher, Gênero de identidade, Mulheres, Violência doméstica

## Referências Bibliográficas

1. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Rev Med (São Paulo)*. 2013; 92:134-40.
2. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ Real*. 1995; 20:71-99.
3. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10 (supl.1):146-55.

## Acompanhamento de gestantes com *Streptococo* do Grupo B positivo e seus recém-nascidos nos níveis de atenção à saúde

Jeane Conceição Lopes<sup>1</sup>, Lívia Keismanas de Ávila<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** As redes de atenção à saúde devem focar na necessidade de saúde da população, promovendo um acompanhamento contínuo e de qualidade, articulando e integrando os níveis de atenção à saúde<sup>(1)</sup>. Na saúde da mulher, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo criou a Rede de Proteção à Mãe Paulistana (2006)<sup>(2)</sup> para promover a qualidade de atenção à saúde da mãe e da criança. Com esta finalidade, entre a 35ª e 37ª semana de gestação, um dos principais exames realizados pela gestante é para detectar a colonização por *Streptococo* do Grupo B (EGB), a fim de estabelecer estratégias de prevenção de contaminação do recém-nascido (RN) na assistência intraparto. **Objetivo:** Identificar as gestantes colonizadas por *Streptococo* do Grupo B e a rede

de atenção à saúde na assistência a essas mulheres e suas implicações na prevenção da contaminação do recém-nascido no momento do parto. **Método:** Estudo de campo, exploratório, documental, retrospectivo e de abordagem quantitativa. Realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da região central do município de São Paulo e no Hospital Filantrópico e de Ensino de referência. A amostra foi constituída de 27 prontuários de gestantes com resultado de exame positivo no ano de 2014. Os dados foram coletados por meio de formulários desenvolvidos pela pesquisadora. **Resultados:** Sobre a última gestação e referente à idade gestacional da coleta do exame para EGB, 3,7% coletaram com 31 semanas, 3,7% com 32 semanas, 7,4% com 33 semanas de gestação, 22,2% com 34 semanas, 18,5% com 35 semanas, 22,2% com 36 semanas, 14,8% com 37 semanas e 7,4% com 38 semanas. Os tipos de parto realizados foram cesárea, vaginal e fórceps com 66,7%, 29,6% e 3,7% respectivamente. Em relação ao parto cesárea, 11,0% dos RNs apresentaram intercorrências na primeira hora de vida e 11,0% nas primeiras 24 horas. A antibioticoprofilaxia intraparto foi realizada em 67,7% das gestantes. No parto vaginal, 62,5% dos RNs apresentaram intercorrências na primeira hora de vida. A antibioticoprofilaxia foi realizada em 75,0% das gestantes. Em relação a consulta de puerpério realizada na Unidade Básica de Saúde, não havia informações sobre puérpera e RN em 44,4% dos prontuários e os demais (55,6%) constavam apenas o período de retorno. **Considerações Finais:** O estudo identificou uma alta taxa de RNs que apresentaram sinais respiratórios na primeira hora de vida e nas primeiras 24 horas de vida, ressaltando a importância da identificação desses sintomas e sua relação com a contaminação pelo EGB. Desta forma, é importante esclarecermos que a atuação da rede de atenção à saúde para as mulheres no ciclo gravídico puerperal é fundamental para minimizar as consequências de um atendimento segmentado. Lacunas no processo de assistência nos diferentes níveis de atenção à saúde contribuem para promover iatrogenias que refletem na atenção quaternária, que podem sugerir falha na organização e implantação das ações de prevenção a esta população. Isso demonstra que deve haver um fortalecimento na integralidade entre os níveis de atenção à saúde para que dessa forma seja garantida toda assistência à saúde dessas mulheres e seus RNs de forma contínua e de qualidade.

**Descritores:** Streptococcus agalactiae, Níveis de atenção à saúde, Assistência à saúde, Saúde da mulher, Saúde da criança, Cuidado pré-natal

## Referências Bibliográficas

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. [monografia online]. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011. 549p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf> [06 nov 2015]
2. São Paulo (Cidade). Prefeitura de São Paulo. Decreto nº 46.966, de 2 de fevereiro de 2006. [online]. Regulamenta a Lei nº 13.211, de 13 de novembro de 2001, estruturando a Rede de Proteção à Mãe Paulistana, para a gestão e execução da rede de serviços de saúde de assistência obstétrica e neonatal no Município de São Paulo. Disponível em: [http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios\\_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=03022006D%20469660000](http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=03022006D%20469660000) [06 nov 2015]

## Assistência de enfermagem à mulher portadora de endometriose

Luana F. Vasconcelos<sup>1</sup>, Maria Lúcia A. de S Costa<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem
2. Orientadora. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** A endometriose é considerada uma doença crônica, complexa que é caracterizada pela presença de tecido endometrial em sítios extrauterinos mais comumente nos órgãos pélvicos como peritônio, bexiga, ovários, trompas, intestinos entre outros. Os sintomas que afligem as mulheres exercem um impacto direto na sua vida conjugal, profissional, social e reprodutiva. O quadro de dor pode causar um desgaste físico e mental com redução da qualidade de vida, que geram repercussão em todos os aspectos na vida de suas portadoras<sup>(1)</sup>. Diante dos aspectos citados há evidências da necessidade de busca de referências do papel do enfermeiro na assistência de enfermagem no contexto da endometriose. **Objetivo:** Identificar na literatura científica nacional a assistência de enfermagem prestada à mulher portadora de endometriose. **Método:** Estudo bibliográfico de caráter exploratório e descritivo com análise qualitativa. Artigos publicados em português por enfermeiros no período 2002 a junho de 2015. Foi utilizado para coleta de dados uma Ficha. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e seus resultados foram agrupados em categorias por similaridade de temas que representam o conjunto da assistência de enfermagem à mulher portadora de endometriose. **Resultados:** Foram encontrados a partir das palavras chave um total de 02 (dois) artigos. As categorias que emergiram foram: “apoio”, “processo de enfermagem”, “atenção à dor”, “família”, “qualidade de vida” e “ações em saúde”. Na categoria apoio encontram-se os aspectos relacionados ao papel significativo do enfermeiro “no sentido de realizar uma

avaliação adequada, além de oferecer apoio, educação e orientação, de modo que, minimize as consequências que a endometriose pode trazer a essas mulheres”<sup>(2)</sup>. A categoria processo de enfermagem aponta a importância do enfermeiro em identificar as necessidades físicas, sociais, espirituais e biológicas da paciente, por meio da sistematização da assistência de enfermagem. A categoria atenção à dor podemos perceber a importância que o enfermeiro deve ter em reconhecer a dor para desenvolver um plano de cuidados direcionado a essas mulheres. Na categoria família observamos que o enfermeiro deve incentivar a participação familiar, principalmente a presença do companheiro em todo o processo da doença. Na categoria qualidade de vida aponta que as mulheres apresentam redução de suas atividades e diminuição da qualidade de vida. A categoria ações em saúde menciona que a educação em saúde é uma das atribuições da enfermagem, é imprescindível que o enfermeiro seja conhecedor e inclua no plano de cuidados opções terapêuticas como suporte<sup>(3)</sup>. **Conclusão:** Neste trabalho optou-se por fazer um levantamento bibliográfico sobre a assistência de enfermagem diante da mulher portadora de

endometriose. Na busca por artigos de enfermagem foram localizados somente dois artigos em que foram encontradas seis categorias que representam o conjunto da assistência de enfermagem à mulher portadora de endometriose. Diante de todo o impacto causado na vida das mulheres com endometriose, torna-se imprescindível a presença e acompanhamento do enfermeiro na assistência de enfermagem diante do cuidado à mulher com endometriose.

**Descritores:** Endometriose, Cuidados de enfermagem

### Referências Bibliográficas

1. Cambiaghi AS, Leão RBF. Endometriose. In: Cambiaghi AS, Leão RBF. Manual prático de reprodução assistida para o ginecologista. São Paulo: Lavidapress; 2013. p.469-96.
2. Spigolon DN, Moro CMC. Arquétipos do conjunto de dados essenciais de enfermagem ara atendimento de portadoras de endometriose. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 33:22-32.
3. Marqui ABT. Endometriose: do diagnóstico ao tratamento. Rev Enferm Atenção Saúde. 2014; 3:97-105.

# CUIDAR EM ENFERMAGEM NA SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO

## Idosos hospitalizados em tratamento de neoplasia: estratégia de apoio emocional

Karoline Andrade Matos<sup>1</sup>, Juliana Carvalho Araújo Leite<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** O envelhecimento populacional nas últimas décadas tem levado ao aumento das doenças crônicas e conseqüentemente maior diagnóstico de câncer. A hospitalização da pessoa idosa para tratamento oncológico pode desencadear conflitos de ordem pessoal, mental, cultural, física e social. O cuidado cultural integral proposto por Madeleine Leininger pode reduzir o abismo entre as práticas de cuidados profissionais e os idosos<sup>(1)</sup>, cabendo a Enfermagem promovê-lo. **Objetivos:** Conhecer os sentimentos dos idosos submetidos a tratamento oncológico com hospitalização; Reconhecer ações que favoreçam o bem estar emocional do paciente idoso durante hospitalização para tratamento de neoplasias. **Método:** Pesquisa descritiva, exploratória, qualitativa com coleta de dados no período de agosto de 2014 a março de 2015, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Contou com a colaboração de 18 idosos com internação prévia para tratamento de neoplasia. As entrevistas foram gravadas e analisadas segundo orientação de Minayo (2010)<sup>(2)</sup>. **Resultados:** Após leituras das entrevistas transcritas e agrupamento dos temas identificou-se as categorias: “Visão sobre os serviços de saúde”, “Sentimentos ou sensações”, “Visão do futuro” e “Rede de apoio”. A assistência prestada foi considerada de qualidade pelos entrevistados que referiram bem-estar na instituição, mesmo quando respondiam sobre o tratamento quimioterápico ambulatorial. A satisfação vai além do aspecto profissional sendo apresentada de forma informal e pessoal. Ações de cuidado consideradas simples pelos idosos são valorizadas quando são ofertadas pelo médico revelando a cultura de que este cura e a Enfermagem cuida. Entretanto, o enfermeiro não foi citado por nenhum entrevistado. Sentimentos de tristeza e medo predominam no momento do diagnóstico.

Em relação à visão do futuro, existe apreensão diante das mudanças decorrentes do tratamento e da doença. Os idosos apontam o apoio familiar e religioso como imprescindível para o bem-estar emocional. A espiritualidade é referida pela grande gratidão a Deus por conseguir enfrentar a doença e por ter seus familiares sempre que necessitam. **Considerações finais:** Correlacionando os resultados do estudo e os pressupostos da Teoria de Leininger<sup>(3)</sup> identificamos possibilidades de criação de espaços de acolhimento para as questões emocionais. Recomenda-se novas pesquisas sobre o tema, sendo imprescindível e urgente o investimento da Enfermagem para consolidar sua prática embasada em conhecimentos científicos sólidos. O cuidado cultural é um caminho para ampliar a qualidade da assistência de enfermagem aos idosos internados para tratamento de neoplasia.

**Descritores:** Emoções, Hospitalização, Neoplasias, Assistência a idosos, Cuidados de enfermagem

## Referências Bibliográficas

1. Lenardt MH. O cuidado de enfermagem ao idoso em situação de cronicidade e hospitalização. In: Gonçalves LHT, Tourinho FSV, organizadoras. Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado. Barueri: Manole; 2012. p. 277-96.
2. Minayo MCS. Técnicas de análise de material qualitativo. In: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2010. p.303-60. (Saúde em Debate)
3. George JB, Madeleine M. Leininger. In: George JB, Belcher JR, Bennett AM, Bowman SS, Falco SM, Fish LJ, et al. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000. p.297-309.

## A pessoa com deficiência e o seu preparo para o autocuidado segundo a teoria de enfermagem do déficit do autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

Raquel Sakamoto da Costa<sup>1</sup>, Janete Hatsuko Komessu<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** Na ocorrência de um trauma raquimedular (TRM), o indivíduo pode apresentar

sequelas motoras, sensitivas, autonômicas, sexuais e/ou psicoafetivas. Para que seja possível a adaptação da pessoa com deficiência à nova situação, é preciso um trabalho de reabilitação desde a fase aguda da lesão, para que reconstrua a sua imagem, ultrapasse as barreiras impostas pela sociedade e conquiste o máximo de independência na realização do autocuidado<sup>(1,2)</sup>. **Objetivos:** Verificar o grau de dependência para realização das atividades diárias da pessoa com deficiência; Identificar a percepção da pessoa com deficiência a respeito do seu preparo para o autocuidado e; Identificar a percepção da pessoa com deficiência em relação às dificuldades enfrentadas no ambiente domiciliar e comunitário para a realização do autocuidado. **Método:** Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados de julho de 2014 a janeiro de 2015, com 13 pessoas que sofreram TRM e evoluíram com paraplegia, após concordância e assinatura do TCLE, de acordo com a Resolução 466/2012<sup>(3)</sup> e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa. O primeiro contato foi feito com uma pessoa que realizava reabilitação em um hospital filantrópico de ensino de grande porte localizado na região central do Município de São Paulo, seguiu-se a amostragem por indicação e o número de sujeitos definido pela saturação dos dados. Referencial teórico utilizado foi a Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado, de Dorothea Elizabeth Orem. O instrumento de coleta de dados foi composto por três partes: dados de identificação; Escala de Barthel para avaliar o grau de dependência e entrevista semiestruturada. Os dados derivados dos depoimentos foram tratados e analisados conforme o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>(4)</sup>. **Resultados:** A maioria dos sujeitos desta pesquisa foi classificada como grau de dependência moderada (69%). Os itens que apresentaram maior dependência foram: “intestino”, “sistema urinário” e “uso de escadas”. Dos discursos emergiram três categorias: Requisitos de Autocuidado Universais, Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento e Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde. **Conclusão:** O grau de dependência predominante foi moderado. Ficou evidenciada a falta de preparo para a alta hospitalar em relação a alimentação, sexualidade, manejo dos dispositivos para eliminação vesical e intestinal. Apenas 23,1% sentiram-se preparados, mas mesmo estes, descreveram falhas no preparo. No ambiente domiciliar, as dificuldades encontradas foram: dependência de cuidador nas atividades diárias e manejo das complicações adquiridas. E no ambiente comunitário destacou-se: falta de acessibilidade (dificuldades enfrentadas pelas mulheres para utilização dos banheiros mesmo quando adaptados segundo à NBR 9050/2015)<sup>(5)</sup>; despreparo da sociedade como falta de oportunidades no mercado de

trabalho, banheiros públicos sujos, desrespeito aos lugares reservados; e falta de apoio do SUS como falta de vaga em programas de reabilitação, insumos e acompanhamento domiciliar.

**Descritores:** Pessoas com deficiência, Doenças da medula espinal, Reabilitação, Autocuidado, Teorias de enfermagem

## Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa com lesão medular. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 68 p.
2. Conceição MIG, Auad JC, Vasconcelos L, Macêdo A, Bressanelli R. Avaliação da depressão em pacientes com lesão medular. Rev Bras Ter Comport Cogn. 2010; 12:43-59.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [online]. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html) [10 set 2015].
4. Lefevre F, Lefevre AMC. Pesquisa qualitativa levada a sério. [on line] São Paulo: Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo; 2003. Disponível em: [http://www.fsp.usp.br/~lefevre/Discurso\\_o\\_que\\_e.htm](http://www.fsp.usp.br/~lefevre/Discurso_o_que_e.htm) [10 set 2015].
5. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. ABNT NBR 9050/2015. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 3ª. ed. São Paulo: ABNT; 2015.

## Conhecimento dos enfermeiros na identificação precoce da síndrome da resposta inflamatória sistêmica e sepse

Valdirene Santos Alves<sup>1</sup>, Camila Waters<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem
2. Orientadora. Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** Sepse é desencadeada por um agente infeccioso e as primeiras manifestações estão relacionadas à síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), progredindo para sepse, sepse grave, choque séptico, disfunção de múltiplos órgãos e sistemas e óbito<sup>(1)</sup>. **Objetivo:** Identificar o conhecimento dos enfermeiros que atuam em Pronto Socorro Adulto no reconhecimento dos primeiros sinais da síndrome da resposta inflamatória sistêmica e sepse. **Método:** Pesquisa de campo, prospectiva, com dados coletados no Pronto Socorro Adulto de um hospital de ensino de grande porte na região central de São Paulo, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (699.831). Amostra constituída por todos os enfermeiros assisten-

ciais e que aceitaram participar do estudo. **Resultados:** Dos 37 enfermeiros entrevistados, predominou o sexo feminino em 31 enfermeiros e a faixa etária de 36 a 40 anos com 11 enfermeiros. A grande maioria (18) se formou entre os anos de 2006 a 2010; 34 estudaram em faculdade privada; 30 possuíam Pós Graduação Lato Sensu; 22 estavam atuando no Pronto Socorro de um a cinco anos e nove trabalhavam em outro emprego. Sobre as manifestações corretas da SIRS, 31 responderam hipertermia e taquicardia, 30 responderam taquipnéia, 22 responderam leucocitose, 18 hipotermia e 13 leucopenia. Sobre as manifestações erradas da SIRS, as respostas foram: 33 responderam a hipotensão arterial, 25 responderam rebaixamento do nível de consciência, 22 oligúria, 13 alcalose metabólica, 11 acidose metabólica, nove bradipnéia, oito hiperventilação alveolar, sete hipertensão arterial sistêmica e bradicardia, seis hipoventilação alveolar, cinco lesão renal, quatro plaquetopenia e lesão pulmonar. Sobre as faixas etárias mais suscetíveis à sepse, 30 erraram e sobre a incidência da sepse em mulheres e homens, 24 acertaram. As manifestações da SIRS foram respondidas de forma correta por 22 enfermeiros, da sepse por 26 enfermeiros e da síndrome de disfunção de múltiplos órgãos e do choque séptico por 28 enfermeiros. Sobre a definição de sepse grave, 30 responderam de forma errada; 36 enfermeiros acertaram o tratamento da sepse e as condutas de enfermagem a um paciente com sepse e 35 acertaram as medidas de ressuscitação iniciais a um paciente com sepse. **Conclusões:** As manifestações corretas da SIRS foram: hipertermia, taquicardia e taquipnéia e as respostas erradas: hipotensão arterial, rebaixamento do nível de consciência e oligúria. A grande maioria respondeu de forma errada sobre as faixas etárias mais suscetíveis à sepse, porém 24 responderam de forma correta sobre a incidência da sepse em mulheres e homens. Sobre as manifestações da SIRS, 22 responderam de forma correta; das manifestações da sepse, 26 acertaram e sobre as manifestações da síndrome de disfunção de múltiplos órgãos e do choque séptico 28 acertaram. A maioria errou a definição de sepse grave; acertou o tratamento da sepse, as condutas de enfermagem a um paciente com sepse e as medidas de ressuscitação iniciais a um paciente com sepse.

**Descritores:** Sepse, Enfermagem, Conhecimento

## Referência Bibliográfica

1. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Lima LC, Vitorino RV, Perez MCA, Mendonça EG. Sepse: atualidades e perspectiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2011; 23:207-16.

## Avaliação das incapacidades funcional, cognitiva e dolorosa de idosos com afecções na coluna vertebral

Gabriela Teixeira Ugeda<sup>1</sup>, Marcele Pescuma Capeletti Padula<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** O envelhecimento populacional é uma tendência mundial. Concomitante a esse fenômeno, há o aumento da demanda de idosos nos serviços de saúde devido ao aumento das doenças crônicas degenerativas e suas consequências<sup>(1)</sup>. Entre as morbidades que afetam esta faixa etária, estão as afecções da coluna que podem acarretar em diminuição da capacidade funcional e dor<sup>(2)</sup>. **Objetivos:** Caracterizar os pacientes idosos que frequentaram o Grupo de Coluna do Serviço de Reabilitação de um Hospital Escola da cidade de São Paulo, segundo as variáveis idade, gênero, situação conjugal, grau de escolaridade, diagnóstico médico, grau de parentesco/ relacionamento do cuidador (se houver); Verificar o grau de independência funcional desses pacientes através do Índice de Barthel, o Grau de Incapacidade Cognitiva através do Minimental, e a incapacidade dolorosa quanto à intensidade através da escala Numérica e existência ou não de tratamento. **Método:** Estudo descritivo exploratório. A população foi constituída por indivíduos idosos que frequentavam o Grupo de Coluna, com idade  $\geq 60$  anos e que concordaram e assinaram o TCLE (CEP/ Irmandade Santa Casa de Misericórdia São Paulo: 273.065). A pesquisa foi realizada antes ou após o atendimento nas terapias do Serviço de Reabilitação nos meses de junho a outubro de 2013. Para análise estatística utilizou-se o programa SPSS versão 13.0. **Resultados:** Participaram da pesquisa 31 idosos, sendo 18 (58,1%) da faixa etária 60-64 anos; 21 (67,7%) do sexo feminino. A maioria dos idosos era casada, 15 (48,39%); 11(35,5%), completaram até 4 anos de estudos. Seis idosos, 19,35% eram analfabetos. Apenas 3 participantes (9,68%) estavam acompanhados por cuidador. Quanto ao grau de independência funcional – Índice de Barthel - 14 participantes (45,2%) da amostra possuíam dependência moderada e 10 participantes (32,3%) eram independentes. Os itens nos quais os idosos apresentaram mais dependência foram: sistema urinário, vestir-se, intestino, escadas e mobilidade em superfície plana, nessa ordem. De acordo com o Minimental, nenhum dos participantes apresentou incapacidade cognitiva, pois nenhum atingiu nota abaixo da de corte, e a pontuação média foi 26. Quanto à intensidade dolorosa, 13 idosos (41,9%)

apresentaram dor intensa, 11 (35,5%) apresentaram dor moderada, dois não souberam dizer. 22 idosos (71%) estavam em tratamento medicamentoso ou fisioterápico, desses, 8 (36,4%) apresentavam dor intensa. Nove (29%) ainda não haviam iniciado tratamento, e destes, 5 (55,56%) apresentavam dor intensa e 4 (44,44%) apresentavam dor moderada. **Conclusão:** Verificou-se a prevalência de idosos na faixa etária de 60-64 anos, do gênero feminino, casados, alfabetizados, com baixo nível educacional, não acompanhados por cuidador. Em relação a incapacidade funcional, verificou-se predomínio de incapacidade moderada, o que indica idosos com pouca necessidade de auxílio para execução das AVD. Segundo o mini-mental, a amostra possui capacidade cognitiva preservada. A maioria da população apresentava dor classificada de moderada a intensa, o que caracteriza a incapacidade algica, e estava sob tratamento medicamentoso ou fisioterápico. **Considerações finais:** A Avaliação da capacidade funcional, cognitiva e dolorosa dos idosos que ingressam no serviço de reabilitação é imprescindível para que seja possível identificar quais aspectos o plano terapêutico deve abranger. A partir desse estudo, foi possível notar a necessidade de enfatizar questões como a dor e a incontinência urinária, muitas vezes sub diagnosticadas e sub tratadas no idoso.

**Descritores:** Avaliação da deficiência, Avaliação geriátrica, Idoso, Coluna vertebral, Reabilitação

## Referências Bibliográficas

1. Mendes JDV. Perfil da mortalidade de idosos no Estado de São Paulo em 2010. BEPA. Bol Epidemiol Paul. [periódico online]. 2012; [citado 15 ago 2015]. 9:33-49 Disponível em: [http://www.cve.saude.sp.gov.br/bepa/pdf/BEPA99\\_GAIS.pdf](http://www.cve.saude.sp.gov.br/bepa/pdf/BEPA99_GAIS.pdf)
2. Smelter SC, Bare BG, Hinkle JL, Chevver KH. Função musculoesquelética. Histórico da função musculoesquelética. In: Smelter SC, Bare BG, Hinkle JL, Chevver KH. 12ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. v. 2, p. 2016-7.

## Conhecimento de pacientes adultos com doença renal crônica para o autocuidado com a fístula arteriovenosa

Rosemari Costa da Silva Souza<sup>1</sup>, Graziela Ramos Barbosa de Souza<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem
2. Orientadora. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** Os pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) incluídos no programa de hemodiálise

(HD), portadores de FAV (Fístula arteriovenosa) devem receber orientações quanto aos cuidados com a Fístula e manutenção. Destaca-se, além dos cuidados profissionais, o autocuidado destes pacientes com a FAV de extrema importância para manter a qualidade terapêutica da HD<sup>(1-3)</sup>. **Objetivos:** Analisar o conhecimento de pacientes adultos portadores de DRC, em HD, para o autocuidado com a FAV; caracterizar os pacientes que realizam HD e possuem a FAV segundo variáveis sócio-demográficas e clínicas. **Método:** Pesquisa de campo, prospectiva, exploratória, com abordagem quantitativa, na Unidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS) de um Hospital Geral em São Paulo-SP. Os dados são de janeiro a agosto de 2014. Participaram da pesquisa, indivíduos com DRC, idade maior ou igual a 18 anos, nível de consciência e capacidade de compreensão preservados, sem déficit cognitivo, que realizavam HD e possuíam FAV. Foram excluídos indivíduos com Lesão Renal Aguda (LRA), com DRC que realizam diálise peritoneal (DP) ou HD com cateter veno-venoso. Dos 47 pacientes que realizavam HD e tinham FAV, um menor de idade e seis recusaram-se em participar. Assim, fizeram parte da amostra 40 (100%) pacientes. Foi elaborado um instrumento de coleta de dados, composto de três partes: parte I- Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa. Parte II- Dados sobre doença e tratamento (clínicos). Parte III- Avaliação do conhecimento. **Resultados:** Dos 40(100,0%) pacientes, 22(55,0%) eram do gênero masculino, a idade variou de 18 a 83 anos, com média de 42,8 anos, 37(92,5%) brasileiros, 17(42,5%) estudaram de 6 a 9 anos. Dezenove (47,5%) casados, 16(40,0%) sem filhos. Quatorze (35,0%) eram aposentados; 19(47,5%) receberam o diagnóstico de DRC e fazem HD de 1 a 5 anos. Trinta e seis (90,0%) fizeram uso do cateter veno-venoso antes da confecção da FAV; 30(75,0%) foram submetidos a tentativas anteriores para realização da FAV. A comorbidade mais frequente foi a Hipertensão arterial sistêmica 34(85,0%), seguida de Diabetes mellitus, oito (20,0%); alguns tinham as duas doenças. Quanto ao conhecimento, 21(52,5%) responderam corretamente o que é FAV, 37(92,5%) foram informados quanto aos cuidados em relação à FAV, 22(55,0%) receberam orientações do médico, 20(50,0%) receberam orientações antes da confecção da FAV. Três (7,5%) não compreenderam as informações. Vinte e sete (67,5%) soube informar o que é frêmito. Trinta e quatro (85,0%) disseram não ter dúvidas com relação à estas orientações; 37 (92,5%) relataram não participar ou terem participado de palestras na unidade de TRS quanto aos cuidados com a FAV; 11(27,5%) tiveram algum tipo de complicação com a FAV. **Conclusão:** Dos 40 (100%) participantes, 22(55,0%) eram do gênero masculino, predominan-

temente brasileiros, 37(92,5%), a média de idade foi 42,8 anos. Dezenove (47,5%) casados, 14(35,0%) aposentados, com 6 a 9 anos de estudos, 17(42,5%). A maioria dos pacientes tem conhecimento quanto ao autocuidado em relação à FAV, desde sua indicação, confecção, manutenção e prevenção de complicações.

**Descritores:** Fístula arteriovenosa, Diálise renal, Autocuidado, Conhecimento

### Referências Bibliográficas

1. Steward C. Cuidados aos pacientes com distúrbios renais. In: Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner e Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica, 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. v.2, p.1316-62.
2. Ramos IC, Queiroz MVO, Jorge MSB, Santos MLO. Portador de insuficiência renal crônica em Hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado; Acta Sci Health Sci. 2008; 30:73-9.
3. Santos I, Rocha RPF, Berardinelli LMM. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. Rev Bras Enferm. 2011; 64:335-42.

### Avaliação de pacientes em unidade de terapia intensiva segundo o critério RIFLE para lesão renal aguda: subsídios para o cuidado de enfermagem

Silvana Ramos Botececo<sup>1</sup>, Graziela Ramos Barbosa de Souza<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem
2. Orientadora. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** A lesão renal aguda (LRA) é caracterizada pela redução abrupta da taxa de filtração glomerular que se mantém por períodos variáveis de tempo, resultando na inabilidade dos rins para exercer as funções. O relativo descompasso da creatinina com o real estado funcional e sua baixa sensibilidade e especificidade se traduzem em diagnóstico tardio. A *Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI)* desenvolveu o critério de classificação diagnóstico *RIFLE* (Risco de disfunção, Injúria renal, Falência da função renal, Perda da função renal e Estágio final da doença). Este critério pode contribuir com diagnóstico precoce e intervenções em fase que o paciente pode responder melhor ao tratamento<sup>(1-3)</sup>. **Objetivos:** Verificar a incidência de Lesão Renal Aguda (LRA) em Unidade Terapia Intensiva (UTI) de adultos, segundo critério de classificação Risco, RIFLE; identificar o perfil epidemiológico dos pacientes que desenvolveram LRA; verificar como são realizados os registros de

enfermagem que contribuem para a aplicação da classificação RIFLE. **Método:** Pesquisa de campo, prospectiva, descritiva, de natureza quantitativa, em prontuários de pacientes internados em quatro UTIs de um Hospital Geral localizado em São Paulo-SP, no período de fevereiro a abril de 2015. **Resultados:** Dos 30 (100%) registros nos prontuários de pacientes predominou o gênero masculino, 16 (53,3%), média de idade 61,3 anos. A maioria das internações no hospital e na UTI ocorreu em janeiro e fevereiro de 2015, 17 (56,7%). Motivo de internação mais frequente, por distúrbios cardiovascular e digestório 10 (33,3%) cada. Vinte e seis (86,7%) fizeram cirurgia antes de serem transferidos para UTI. Os antecedentes clínicos mais prevalentes, por sistemas foram: cardiovascular 23 (44,2%) e respiratório, nove (17,3%). Em relação aos medicamentos de uso contínuo antes da internação: 18 (36,7%) prontuários dos participantes, não havia registro; 10 (20,4%) faziam uso de anti-hipertensivos; cinco (10,2%) diuréticos; quatro (8,2%) antiagregante plaquetário; 03 (6,1%) antilipêmico, um paciente (2,0%) negou e um (2,0%) não soube informar qual medicamento. Dezesete (42,5%) recebia noradrenalina e todos tinham antibióticos prescritos. Alguns em uso de dois ou mais, da classe farmacológica glicopeptídeos, 15 (30,6%). Os participantes apresentavam um ou mais sinais vitais alterados: taquicardia 29 (29,9%), taquipneia 24 (24,7%), bradipneia 17 (17,5%), hipotermia 14 (14,5%), hipertermia 10 (10,3%), hipotensão 13 (28,3%), com sinais de choque, aumentando o risco para LRA. Os fatores de risco para LRA foram: 30 (100%) internação superior a sete dias, 22 (29,3%) nefrotóxicos, 13 (17,3%) hipotensão arterial, 10 (13,3%) infecciosos. Nos registros de exames laboratoriais os pacientes apresentaram: alcalose mista sete (23,3%), seis (20,0%) acidose respiratória, quatro (13,3%) alcalose metabólica e acidose mista cada uma, dois (6,7%) apresentavam acidose metabólica e alcalose respiratória cada uma. Segundo a classificação RIFLE, cinco (16,7%) risco, três (10,0%) injúria, três (10,0%) falência renal, em relação a diurese um (3,3%) apresentou diminuição de 0,5 mL/kg/h em 6h (risco) e um (3,3%) apresentou diurese menor 0,5 mL/kg/h em 12h (injúria). Todos os registros de enfermagem que auxiliaram na classificação diagnóstica de LRA foram realizados em folha gráfica na UTI. **Conclusão:** Dos registros nos prontuários, predominou o gênero masculino, com média de idade de 61,3 anos. A incidência de LRA pelo critério creatinina sérica foram em onze (36,7%) e dois (6,7%) critério de diurese. Os registros de enfermagem como sinais vitais, balanço hídrico e controles gerais, foram realizados em folha gráfica.

**Descritores:** Lesão renal aguda/diagnóstico, Lesão renal aguda/classificação, Unidades de terapia

intensiva, Registros de enfermagem, Cuidados de enfermagem.

## Referências Bibliográficas

1. Santos NY, Zorzenon CPF, Araújo MF, Balbi AL, Ponce D, Estudo prospectivo observacional sobre a incidência de injúria renal aguda em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *J Bras Nefrol.* 2009; 31:206-11.
2. Santos ER. Associação do RIFLE com letalidade e tempo de internação em pacientes críticos com lesão renal aguda. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2009; 21:359-68.
3. Santos ER, Matos JD. Perfil epidemiológico dos pacientes com injúria renal aguda em uma unidade de terapia intensiva. *ACM Arq Catarin Med.* 2008; 37:7-11.

## Assistência ao paciente com lesão renal aguda e seus critérios de classificação: revisão da literatura

Marcia Alves dos Santos<sup>1</sup>, Graziela Ramos Barbosa de Souza<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem
2. Orientadora. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** A lesão renal aguda (LRA) é caracterizada pela redução abrupta da taxa de filtração glomerular que se mantém por períodos variáveis de tempo, resultando na inabilidade dos rins para exercer as funções. O relativo descompasso da creatinina com o real estado funcional e sua baixa sensibilidade e especificidade se traduzem em diagnóstico tardio. A *Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI)* desenvolveu o critério de classificação diagnóstico *RIFLE* (Risco de disfunção, Injúria renal, Falência da função renal, Perda da função renal e Estágio final da doença). Uma versão modificada do *RIFLE* foi proposta pela *Acute Kidney Injury Network (AKIN)*: risco, injúria e falência foram substituídos pelos estágios: 1, 2 e 3. Esses critérios foram desenvolvidos para padronizar o diagnóstico de LRA e contribuir com diagnóstico precoce<sup>(1)</sup>. **Objetivos:** Verificar na literatura artigos de periódicos que descrevam cuidados gerais e de enfermagem ao paciente com lesão renal aguda. Identificar artigos de periódicos que descrevam sobre a classificação de lesão renal aguda segundo os critérios diagnósticos *RIFLE* e *AKIN*. **Método:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no site [www.bvs.saude.gov.br](http://www.bvs.saude.gov.br), com busca nas bases de dados bibliográficos, Literatura Latino-Americano em Ciências de Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), em artigos de periódicos publicados

no período de julho de 2004 a julho de 2014. Foram excluídos artigos de revisão bibliográfica. **Resultados:** Foram selecionados 13 (100%) artigos. Onze - 84,6% foram artigos publicados no período de 2009 a 2014, 10 - 76,9% em São Paulo – SP; 76,9% foram publicações em revistas médicas, 33,8% dos autores médicos; 63,8% dos autores atuavam na área acadêmica/docência. Nove- 69,2% dos artigos descreveram os critérios de classificação *RIFLE* e *AKIN*, quatro - 44,4% descreveram sobre *RIFLE*, dois - 22,2% sobre *AKIN* e três - 33,3% *RIFLE* e *AKIN*. Quatro - 30,8% discutiram os cuidados gerais e de enfermagem ao paciente com lesão renal aguda relacionados ao equilíbrio hidroeletrólítico, ao balanço hídrico, à volemia, à correta hidratação, à diluição e infusão de drogas nefrotóxicas, à importância do exame físico para melhor programação da terapia hemodialítica, ao ajuste de doses de contrastes e uso de drogas que previnem a formação de espécies reativas de oxigênio (radicais livres) como a N-Acetilcisteína. Onze- 84,6% das pesquisas foram realizadas na unidade de terapia intensiva. **Conclusão:** De acordo com os objetivos da pesquisa foram selecionados 13 artigos. Os cuidados gerais e de enfermagem ao paciente com LRA distribuídos em categorias foram: controlar o equilíbrio hidroeletrólítico, realizar o balanço hídrico, corrigir a volemia/ hidratação, controlar a infusão de drogas nefrotóxicas, realizar o exame físico, controlar a programação da hemodiálise, utilizar contraste de baixa osmolaridade, diuréticos, vasodilatadores, inibidores farmacológicos dos vasoconstritores e antioxidantes, mensurar a creatinina sérica e calcular a taxa de filtração glomerular, realizar a hidratação com N-Acetilcisteína. Foram encontrados nove -69,23% artigos que utilizaram os critérios de classificação *RIFLE* e *AKIN* para diagnosticar a LRA.

**Descritores:** Lesão renal aguda/diagnóstico, Lesão renal aguda/classificação, Unidades de terapia intensiva, Registros de enfermagem, Cuidados de enfermagem

## Referência Bibliográfica

1. Baitello AL, Marcatto G, Yagi RK. Fatores de risco para lesão renal aguda em pacientes com trauma grave e seus efeitos na mortalidade. *J Bras Nefrol.* 2013; 35:127-31.

## Crioglobulinemia em pacientes urêmicos

Simone Sanches Arcuri<sup>1</sup>, Tainá Mosca<sup>2</sup>, Wilma Carvalho Neves Forte<sup>3</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

3. Co-Orientadora. Professora Titular da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** a doença renal crônica (DRC) é causada principalmente por hipertensão arterial, glomerulonefrite e diabetes mellitus, podendo também ser consequência de doença renal policística, lúpus eritematoso sistêmico, infecções urinárias frequentes e infecção pelo vírus da hepatite C (HCV)<sup>(1)</sup>. Recentemente, tem se considerado o papel da inflamação e do sistema imunológico na patogênese da DRC. Aparentemente, a lesão glomerular pode ser deflagrada por diversos mecanismos imunológicos tais como a deposição de imunocomplexos circulantes no tecido renal, a atuação de autoanticorpos específicos para estruturas glomerulares, ativação local do sistema complemento e ativação e migração local de leucócitos<sup>(2)</sup>. O papel dos imunocomplexos na DRC tem sido demonstrado pela presença de crioglobulinas no soro de pacientes submetidos à hemodiálise<sup>(3)</sup> As crioglobulinas, em muitos casos, estão associadas à infecção pelo HCV<sup>(4)</sup>. O início da formação de crioglobulinas na DRC não está totalmente estabelecido, assim como a participação de diferentes fatores desencadeantes de sua formação. **Objetivo:** determinar a presença e o desenvolvimento de crioglobulinas ao longo do tratamento dialítico de pacientes urêmicos, com doença renal crônica (DRC) e não infectados pelo vírus da hepatite C (HCV). **Método:** quatorze pacientes submetidos à hemodiálise a cerca de um mês foram avaliados quanto à presença de crioglobulinas no soro, após seleção por critérios de inclusão e exclusão. Amostras de soro foram coletadas para análise de crioprecipitado, no tempo “zero” e após 30, 60, 90 e 120 dias, sendo armazenadas por 21 dias a 4°C. **Resultados:** a presença de crioglobulinas foi observada em todos os pacientes incluídos no presente trabalho. A quantificação do crioprecipitado, por critério observacional em cruces, mostrou que a quantidade de crioglobulinas no soro foi diminuindo ao longo do tratamento dialítico. Além disso, os pacientes submetidos a hemodiálise a menos tempo apresentaram maior quantidade de crioprecipitado. **Conclusão:** o estudo demonstrou que todos os pacientes com DRC, em início de tratamento dialítico,

possuem crioglobulinemia e, que a hemodiálise auxilia na remoção destas.

**Descritores:** Crioglobulinemia, Insuficiência renal crônica, Glomerulonefrite, Diálise renal

## Referências Bibliográficas

1. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis.* 2002;39(2 Suppl 1):S1-266.
2. Sharif MR, Chitsazian Z, Moosavian M, Raygan F, Nikouejad H, Sharif AR, et al. Immune disorders in hemodialysis patients. *Iran J Kidney Dis.* 2015;9:84-96.
3. Ferri C. Mixed cryoglobulinemia. *Orphanet J Rare Dis.* 2008;3:25.
4. Mosca T, Guerra GM, Miorin LA, Malafronte P, Sens YAS, Forte WC. Cryoglobulinemia in chronic hemodialysis patients. *Ren Fail.* 2011;33:801-4.

## Assistência de enfermagem ao paciente adulto, potencial doador de órgãos em morte encefálica

Alessandra Paes Inocêncio<sup>1</sup>, Maria Angela Repetto<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** Os conceitos de que as funções cardíacas e pulmonares são essenciais para a vida, foram utilizadas por longo período na definição de vida e morte do indivíduo. Entretanto, as pesquisas e técnicas de suporte de vida, estão na atualidade, vinculadas aos critérios neurológicos, que conhecemos com Morte Encefálica (ME). **Objetivo:** Identificar a assistência de enfermagem ao paciente adulto, potencial doador de órgão em morte encefálica, na Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica e descritiva, realizada por busca de material em livros, artigos científicos em periódicos, nas bases de dados SciELO e LILACS, com janela cronológica de janeiro 2004 a dezembro 2014. O material bibliográfico foi constituído por 4 artigos de periódicos encontrados nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com o cruzamento dos seguintes descritores. Assistência de Enfermagem, Morte Encefálica, Cuidados Críticos e Unidades de Terapia Intensiva<sup>(1-3)</sup>. **Resultados:** Os resultados da pesquisa mostram que em relação à formação profissional, 9 são enfermeiros, quanto à função e titulação, 6 são docentes, 5 são Mestres, respectivamente, em relação ao tipo de pesquisa 2 foram descritivas sendo 1 abordagem qualitativa e outra com abordagem

quantitativa, a cidade de Goiânia foi o local de pesquisa mais frequente. Os cuidados de enfermagem, citados na assistência de enfermagem ao paciente adulto potencial doador de órgãos em morte encefálica, foram manter o paciente aquecido com manta térmica ou cobertor, realizar controle hídrico rigoroso, aferir sinais vitais, realizar mudança de decúbito cada duas horas, realizar aspirações do tubo orotraqueal quando houver secreção traqueal, manter rigoroso controle de assepsia, manter a cabeceira elevada entre 30° a 45°, verificar e anotar o valor da glicemia capilar, atentar para a gengivorragias ou sangramentos persistentes em locais de punção vasculares, manter a córnea protegida, verificar perfusão periférica, verificar saturação de oxigênio, manter monitorização cardíaca, monitorar pressão venosa central, aquecer fluidos endovenosos a 37°- a 38°, manter a pressão do balonete do tubo traqueal entre 20 a 30 cm/H<sub>2</sub>O, controlar rigorosamente o gotejamento em pacientes com uso de nitroprussiato, utilizar bomba de infusão quando administrar dopamina, vigiar a função renal. **Conclusão:** Dentre os 19 itens da assistência descritos “manter o paciente aquecido” foi o cuidado mais frequente (6 – 31,5%), seguido de: “realizar controle hídrico rigoroso, aferir sinais vitais, realizar mudança de decúbito a cada duas horas, realizar aspirações do tubo oro traqueal”. Apesar dos textos estudados apontarem inúmeros itens da assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica, entende-se que pela complexidade da assistência de enfermagem não se esgotam neste estudo, todas as necessidades inerentes a este processo.

**Descritores:** Cuidados de enfermagem, Morte encefálica, Cuidados críticos, Unidades de terapia intensiva

## Referências Bibliográficas

1. Guetti NR, Marques IR. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. Rev Bras Enferm. 2008; 61:91-7.
2. Pestana AL, Erdmann AL, Sousa FGM. Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2012; 16:734-40.
3. Amorim VCD, Avelar TABA, Brandão GMON. A otimização da assistência de enfermagem ao paciente em morte encefálica: potencial doador de múltiplos órgãos. Rev Enferm UFPE online. [periódico online]. 2010; [citado 6 jun 2015]. 4:221-9. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/726/pdf\\_314](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/726/pdf_314)

## Fatores relacionados ao acesso dos homens nos serviços de saúde

Jocimar da Silva<sup>1</sup>, Livia Keismanas de Ávila<sup>2</sup>

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem
2. Orientadora. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** Em meio às justificativas, entre masculinidade e os motivos que impedem a busca pela prática de saúde, podemos citar alguns fatores: a associação de que autocuidado é coisa de mulher, deixar de lado o cuidado com a própria saúde pela falta de tempo, extensa jornada de trabalho, muitas vezes exaustivas, a vergonha em se expor para outro homem, e principalmente a outra mulher<sup>(1)</sup>. E, considerando, a pouca adesão da população masculina ao serviço de saúde no nível primário, secundário e terciário, como podemos modificar este panorama? Quais os fatores que estão relacionados com o acesso ou não dos homens aos serviços de saúde? **Objetivo:** Identificar os fatores relacionados ao acesso dos homens aos serviços de saúde. **Método:** Pesquisa exploratória, quantitativa, descritiva realizada com pacientes do sexo masculino, adultos, internados nas unidades de ortopedia e traumatologia do hospital universitário da Irmandade da Santa Casa de São Paulo no período de fevereiro e março de 2015, maiores de 18 anos e que consentiram sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário e os dados submetidos à análise por meio do agrupamento das informações. **Resultados:** Dos 40 entrevistados, a maioria está na faixa etária de 21 a 29 anos (32,5%), seguidos dos indivíduos que tinham de 30 a 39 anos (27,5%). 45% cursaram o Ensino Médio completo e apenas 10% tinham ensino Superior Completo. A maioria era casado, com renda mensal de 1 a 3 salários mínimos (52,5%), sendo que apenas 6 (15%) tinham renda superior a dez salários mínimos. Verificou-se que 39% dos entrevistados procuraram os serviços de saúde no último ano para realizar consultas. Para 44,6% esse serviço foi o hospital, 80% disseram se sentir bem em um ambiente predominantemente frequentado por mulheres e crianças, no entanto 87,5% demonstraram descontentamento com o serviço e 37,5% disseram que o atendimento deve ser melhorado para que continuem frequentando. Os homens representam apenas entre 30% e 40% das demandas nos serviços de saúde, sendo que a procura pelo serviço de saúde se dá principalmente por trabalhadores e idosos, por causa de doença crônica ou busca de medicamentos, o que corresponde a 55,1% dos entrevistados<sup>(2)</sup>. Podemos

afirmar ainda que alguns usuários não encontram nos serviços a escuta de suas demandas, especialmente se forem expressas de modos diferentes daquelas já consagradas na assistência, marcadamente femininas<sup>(3)</sup>. **Considerações finais:** Face ao exposto, é preciso repensar de forma global a atenção à saúde do homem nos espaços públicos que já temos e eliminar as razões pelas quais a procura masculina por esses serviços é ainda tão irrelevante, bem como repensar a capacitação profissional, estruturação de espaços físicos e gestão, a fim de que possamos realmente oferecer atendimento ao homem em todas as suas especificidades.

**Descritores:** Saúde do homem, Acesso aos serviços de saúde, Política de saúde

### Referências Bibliográficas

1. Nascimento ARA, Trindade ZA, Gianordoli-Nascimento IF. Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença. *Psico-USF*. 2011; 16:203-13.
2. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WS. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17:2617-26.
3. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14:257-70.

### Atenção primária à saúde e reabilitação de usuários em vulnerabilidade social: estudo de caso

Luciana Menezes de Melo<sup>1</sup>, Lívia Keismanas de Ávila<sup>2</sup>  
1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem  
2. Orientadora. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** A Atenção Primária à Saúde é o primeiro contato do paciente com os serviços de saúde. Com a existência de uma população em vulnerabilidade social, foi criado a Equipe de Consultório na rua (eCR), que atua com o planejamento de estratégias multiprofissionais e intersetoriais, visando a garantia dos princípios do SUS (universalidade, equidade integralidade)<sup>(1)</sup>. **Objetivo:** Descrever a contribuição da eCR para a reabilitação de um usuário em situação de vulnerabilidade social. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, com abordagem qualitativa, partindo de um estudo de caso, realizada no Centro de Saúde Escola Barra Funda da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Foram feitas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais da eCR (médico, enfermeiro, auxiliar

de enfermagem e agente comunitário de saúde), sendo transcritas e analisadas a partir do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), e com o usuário atendido pela eCR da Organização Social Nossa Senhora do Bom Parto foi utilizada a Técnica do Relato da História Oral, analisada a partir da transcrição, textualização e transcrição. **Resultados:** A partir das entrevistas foi possível identificar que a eCR atua na identificação das necessidades em saúde do usuário, possibilitando o desenvolvimento de estratégias direcionadas às vulnerabilidades. As necessidades expõem uma relação entre os componentes da vulnerabilidade, atribuindo o individual ao quanto o usuário incorpora as informações; o social ao acesso às informações e o programático as necessidades de disponibilização de recursos sociais, para o fortalecimento do indivíduo<sup>(2)</sup>. Nesse sentido, a eCR planeja estratégias para o enfrentamento das vulnerabilidades a partir da articulação multiprofissionais e intersetoriais, evidenciando a importância das Redes de Atenção à Saúde, que objetivam prestar atenção regionalizada, integral e resolutive<sup>(3)</sup>. Os discursos retratam a gênese da extrema vulnerabilidade em que o usuário se encontrava. Na percepção dos profissionais, as estratégias em saúde fundamentais foram a insistência do cuidado diante da recusa constante, o fortalecimento da rede de apoio com a manutenção do vínculo familiar, o preparo da equipe multiprofissional na garantia do acolhimento adequado, o trabalho intersetorial e apoio ao usuário quando atendido em outros níveis de atenção garantindo assim o vínculo e tornando visível o trabalho da APS como coordenadora do cuidado em saúde. Na percepção do usuário o acolhimento foi fator decisivo na sua reabilitação. **Considerações Finais:** A contribuição da eCR na reabilitação de um usuário em vulnerabilidade social está difundida em todas as ações em saúde planejadas e interligadas entre os diversos profissionais e níveis de atenção para a assistência integral de um indivíduo com questões singulares psicossociais que envolvam o conceito de saúde e proporcione a resolutividade das necessidades. O usuário encontra-se em fase de recaída, fato que demonstra que para manter-se reabilitado depende de condições macroestruturais, com suporte de políticas públicas a longo prazo.

**Descritores:** Atenção primária à saúde, Pessoas em situação de rua, Vulnerabilidade em saúde

### Referências Bibliográficas

1. Canônico RP, Tanaka ACD'A, Mazza MMPR, Souza MF, Bernat MC, Junqueira LX. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41: 799-803.
2. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores.

Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.

3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção primária e as redes de atenção à saúde. [online]. Brasília (DF): CONASS; 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf> [9 mai 2015]

## A atuação da equipe de enfermagem no atendimento ao paciente vítima de politrauma

Marizélia Magalhes<sup>1</sup>, Acácia Maria Lima de O. Devezas<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** O enfermeiro tem papel importante na unidade de emergência que consiste em obter a história do paciente, fazer exame físico, executar tratamento, aconselhando e ensinando a manutenção da saúde e orientando os enfermos para uma continuidade do tratamento e medidas vitais. **Objetivo:** Identificar na literatura artigos de periódicos nacionais que descrevam a atuação da equipe de enfermagem no atendimento a pacientes vítimas de traumas múltiplos. **Método:** Pesquisa bibliográfica nas Bases LILACS e SciELO com os cruzamentos dos descritores ferimentos e lesões, enfermagem, traumatismo múltiplo, hospitalização, artigos científicos publicados no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2015, em português, disponíveis *on line*, na íntegra que abordavam a atuação da equipe de enfermagem no atendimento ao paciente vítima de trauma múltiplo ou politrauma. **Resultados:** A amostra foi constituída por 06 artigos. O ano de 2012 predominou com 4- 66,67% das publicações e o Estado de São Paulo predominou com 3-50% dos artigos. Em relação à titulação dos autores, 10-66,67% possuía somente a graduação. No que diz respeito à distribuição dos artigos conforme o periódico, a Revista da Escola de Enfermagem da USP predominou com 2-33,33% das publicações. Em relação ao número de autores, houve variação de 2 a 4 autores por artigo. Todos os artigos foram encontrados na base LILACS. O estudo quantitativo, obteve frequência de 3- 50% nos artigos, o estudo qualitativo, 2- 33,33% nos artigos e o estudo transversal, teve frequência de 1- 11,67% nos artigos. O período de maior publicação foi entre os anos de 2011-2012. Estes dados podem ser atribuídos ao fato do aumento no número de trauma considerando que o Brasil é vitrine para o mundo com contou com a realização de grandes eventos como a Copa do Mundo, Olimpíadas e Jornada Mundial da Juventude, Virada Cultural, Parada Gay,

entre outros<sup>(1)</sup>. A maior frequência do Estado de São Paulo, explica-se por se tratar de um estado no qual se concentra maior número de instituições de ensino e pesquisa, bem como grandes hospitais que são referências no atendimento às vítimas de trauma. Em relação à área de atuação e titulação dos autores, a maioria atua como graduado 10-66,67%. Embora a maioria dos enfermeiros tenha graduação, entende-se que o atendimento à vítima de múltiplos traumas requer uma atenção ainda mais especializada por parte do enfermeiro, visto que suas particularidades e tomadas de decisões devem ser muito mais rápidas principalmente nas primeiras horas do trauma<sup>(2)</sup>. No que se refere à atuação do enfermeiro e a equipe de enfermagem no atendimento ao paciente vítima de trauma, a maioria dos artigos descreveu que a dor deve ser avaliada por ser um caminho para o tratamento humanizado e qualificado para orientar a conduta terapêutica<sup>(3)</sup>. Também há preocupação por parte da equipe de enfermagem quanto à comunicação entre os profissionais do serviço de emergência, percepção do estado da vítima e compreensão sobre a importância da adoção do ABCD na avaliação primária e secundária<sup>(4)</sup>. Além do mais, o diagnóstico de enfermagem para a vítima de trauma é importante, pois traz informações e dá subsídios para a qualidade da assistência prestada<sup>(4)</sup>. O Conselho Federal de Enfermagem também se manifesta, quando determina a aplicação da sistematização da assistência de Enfermagem (SAE) para todos os pacientes (Resolução nº 358/200). **Conclusão:** Os enfermeiros que prestam atendimento aos pacientes com trauma consideram que a dor deve ser avaliada, por ser um caminho para o tratamento humanizado; Há preocupação por parte da equipe de enfermagem quanto à comunicação entre os profissionais do serviço de emergência, percepção do estado da vítima e compreensão sobre a importância da adoção do ABCD na avaliação primária e secundária. E também consideram o diagnóstico de enfermagem importante, pois traz informações e dá subsídios para a qualidade da assistência prestada com o objetivo de reduzir os danos e potencializar o tratamento.

**Descritores:** Equipe de enfermagem, Traumatismo múltiplo, Ferimentos e lesões, Emergências

## Referências Bibliográficas

1. Czerwonka M. No Brasil, a cada quatro minutos, morre uma pessoa vítima de trauma. [online]. 24 outubro de 2013. Disponível em: <http://portaldotransito.com.br/noticias/no-brasil-a-cada-quatro-minutos-morre-uma-pessoa-vitima-de-trauma/> [20 abr 2015].
2. Fernandes FJ, Santos JCC. Sistematização da assistência de enfermagem: um enfoque no atendimento às vítimas de trauma. Trabalho de Conclusão de Curso. Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2009.

3. Ribeiro NCA, Barreto SCC, Hora EC, Sousa RMC. O enfermeiro no cuidado a vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45:146-52.
4. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 293, de 21 de setembro de 2004. [online]. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/RESOLUCAO2932004.PDF> [17 jun 2015]

## Quedas: implicações psicossociais em idosos

Sirene Gomes Ferreira<sup>1</sup>, Zelia Nunes Hupsel<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem
2. Orientadora. Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** O aumento da proporção de idosos na população brasileira traz alto impacto sobre o nosso sistema de saúde e discussões a respeito de eventos incapacitantes. O envelhecimento é considerado um processo biológico individual, intrínseco, progressivo, declinante e universal, no qual é reconhecido marcas físicas e fisiológicas específicas, o que determina menor capacidade de adaptação, tornando o idoso mais vulnerável a qualquer estímulo, seja traumático, infeccioso ou, até mesmo, psicológico<sup>(1-2)</sup>. Nesse contexto o evento da queda influencia na qualidade de vida do idoso e faz parte da síndrome geriátrica “instabilidade postural e queda”, representando a principal causa de incapacidade. **Objetivo:** Identificar na literatura nacional as implicações psicossociais da queda em idosos. **Método:** Pesquisa bibliográfica e descritiva, realizada por busca de material artigos científicos de periódicos, nas bases de dados SciELO e LILACS, com janela cronológica de janeiro 2004 a dezembro 2014. O material bibliográfico foi constituído por 11 artigos de periódicos encontrados nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com o cruzamento das palavras chave: Idosos, quedas, consequências psicossociais<sup>(3)</sup>. **Resultados:** As profissões dos 49 autores são 18 enfermeiros, seis estudantes de enfermagem e não foi indicado a dos outros 25. As informações sobre “as implicações psicossociais da queda em idosos” foram organizadas de acordo com a semelhança de conteúdo descritas pelos autores e destacadas as seguintes: Abandono das atividades, Emoções negativas, Necessidade de ajuda para locomoção, Alterações na funcionalidade e cognição, Modificação de hábitos, Influência na qualidade de vida, Diminuição de atividades, Redução do convívio social e ou Isolamento, Depressão, Diminuição da autoconfiança, Dependência, Medo de cair nova-

mente. Essas consequências trazem complicações de saúde, institucionalização e até a morte. **Conclusão:** A literatura pesquisada confirma que o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida exigem ações relacionadas a identificação e prevenção dos fatores de risco para quedas, o evento da queda influencia na qualidade de vida do idoso devido as inúmeras consequências. A importância em debater medidas de atenção à saúde do idoso é fato e abrange as dimensões sociais e psíquicas.

**Descritores.** Idoso, Acidente por quedas, Consequências de acidentes, Saúde do idoso, Impacto psicossocial

## Referências Bibliográficas

1. Almeida LP, Brites MF, Takizawa MGMH. Queda em idosos: fatores de risco. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum*. 2011; 8:384-91.
2. Miranda VR, Mota VP, Borges MMMC. Quedas em idosos: identificando fatores de risco e meios de prevenção. *Rev Enf Integrada*. 2010; 13:1-12.
3. Maia BC, Viana PS, Arantes PMM, Alencar MA. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011; 14:381-93.

## O papel do enfermeiro frente às alterações emocionais de pacientes adultos em fase pré-operatória de cirurgia cardíaca: revisão integrativa

Ataide de Matos Ferreira<sup>1</sup>, Cristiane Lopes<sup>2</sup>

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paul. 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem
2. Orientadora. Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** Os pacientes em fase pré-operatória de cirurgia cardíaca e seus familiares podem apresentar alterações emocionais<sup>(1)</sup>, sendo necessário que o enfermeiro as perceba, faça intervenções junto à equipe auxiliando-o em suas necessidades emocionais<sup>(2)</sup>. **Objetivo:** Analisar nos artigos científicos o papel do enfermeiro frente às alterações emocionais de pacientes adultos em fase pré-operatória de cirurgia cardíaca. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa, um método que reúne e sintetiza resultados de pesquisas<sup>(3)</sup>, em artigos científicos na BIREME. Os resultados foram identificados por um instrumento elaborado. Na segunda etapa ocorreu a leitura na íntegra e síntese dos artigos. **Resultados:** Foram selecionados 17 artigos, 4 características não excludentes foram ressaltadas: período de observação ou intervenção do estudo, objetivos do método, local de observação ou intervenção. Na pesquisa identificou os fatores emocionais alterados.

A ansiedade está associada ao medo, gerando ainda: temor (35,2%); Angústia (29,4%); baixa autoestima, preocupação e dor (23,5%); desorientação, fantasia, solidão e tensão (17,6%); humor deprimido (17,4%); desamparo (11,7%). Em relação paralela ao sexo: masculino (58,8%), feminino (23,5%) e desconhecido (23,5%). Essa mensuração pode fundamentar os fatores: constrangimento (11,7%), vergonha, fragilidade e indignação (5,8%), que apareceram onde a maioria é feminina. Submissão e inapetência (5,8%) onde a maioria é masculina. Os pacientes visam à cirurgia como a reta final de seu tratamento, apresentando: 47% estresse, 17,6% fadiga e tristeza, 11,7% despersonalização e 5,8% intolerância. O relacionamento interpessoal está ligado à: dependência, desamparo e disfunção sexual (11,7%); pessimismo (5,8%). Quanto ao papel do enfermeiro, foram levantadas 18 formas de intervenção: fatores psicológicos na orientação ao paciente aparecem com maior intensidade (58,8%), a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) aparece em menos que 1/3 dos artigos consultados. O conhecimento científico aparece em 23,5%, linguagem menos técnica aparece em 2 artigos, treinamento da equipe aparece em 3 artigos, avaliação do paciente foi mencionada em 52,9% e o apoio ao paciente quanto às necessidades humanas básicas (29,4%). A família foi mencionada para orientações e participar das decisões 11,7%. As atividades com a equipe multiprofissional não foram citadas. Há aproximação do enfermeiro ao paciente quando é mencionado que esse deve convencê-lo a falar sobre o fato de ter que operar o coração. **Conclusão:** Na ordem de maior frequência de demandas do paciente em relação à enfermagem, orientação e esclarecimento de dúvidas surgem em primeiro lugar, indicando que o paciente tem falta de informações, sua principal preocupação. Em segundo lugar: avaliação do sentimento, apoio psicológico, realização de consulta de enfermagem e a SAE, indicam que após ter conhecimento, fatores como sentimentos e avaliação são os mais relevantes. Esses fatores levantados devem estar no foco da assistência de enfermagem.

**Descritores:** Cirurgia torácica, Cuidados pré-operatórios/psicologia, Avaliação em enfermagem

## Referências Bibliográficas

1. Parcianello MK, Fonseca GGP, Zamberlan C. Necessidades vivenciadas pelos pacientes pós-cirurgia cardíaca: percepções da enfermagem. *Rev Enferm Cent Oest Min.* 2011; 1: 305-12.
2. Almeida SM, Souza EN, Azzolin KO. Efeito da orientação pré-operatória por grupo multiprofissional na ansiedade de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev Enferm UFSM.* 2013; 3: 402-8.
3. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa:

método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis [on line]. 2008 [citado em agosto de 2011]; 17(4):758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17>.

## Perfil cognitivo de usuários de crack/cocaína avaliado pelo mini exame do estado mental e sua correlação com resultados de hemograma e bioquímica sérica

Robert Paulo Oliveira Vieira<sup>1</sup>, Cristiane Lopes<sup>2</sup>

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem

2. Orientadora. Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** A utilização de drogas psicoativas é tão antiga quanto à história da civilização humana. Esta leva a mudanças da morfologia ou função de componentes celulares, incluindo inibição da extensão de neuritos (prolongamentos do corpo celular de neurônios)<sup>(1)</sup>. Distúrbios cognitivos, como dificuldade de aprendizagem e memória são relatados na maioria dos usuários crônicos de cocaína<sup>(2)</sup>. **Objetivos:** Avaliar o perfil cognitivo de usuários de cocaína/crack pelo mini-exame do estado mental (Mini-mental/MEEM) e testar correlações com resultados de hemograma e bioquímica sérica dos pacientes. **Método:** Este estudo teve como amostra 246 usuários de crack. Todos responderam o MEEM, mas somente 121 foram incluídos neste estudo, pois somente esses realizaram os exames laboratoriais que foram a consultas em pronto-atendimento, hospital-dia ou internados em 4 instituições gerenciadas pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, após concordância, assinatura do TCLE e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, os dados foram compilados em planilha de Excel® e tratados através do programa estatístico GraphPadPrism 5®. **Resultados:** Dos 121 sujeitos incluídos, 70 obtiveram pontuação igual ou acima de 24 pontos e 51 abaixo de 24 pontos, indicando que 57,9% desta população não apresentam risco de demência, enquanto 42,1% apresentam alta probabilidade de demência. Vale ressaltar que a idade média desses indivíduos é de 31,30 ± 0,77 anos, idade na qual a chance de demência é desprezível na população em geral, ainda, a idade média dos indivíduos com pontuação abaixo de 24 pontos é de 30,73 anos ± 1,23 anos, indicando alta probabilidade de demência precoce. A correlação entre a densidade de linfócitos sanguíneos e pontuação do MEEM; indicou que o aumento de uma unidade na densidade linfocitária sanguínea promove aumento de ≈ 7,5% na pontuação do MEEM ou vice

versa, destes sujeitos, os que apresentam alta probabilidade de demência, tem sua densidade linfocitária diferente (reduzida). A correlação entre a atividade da proteína CPK e pontuação do MEEM; indicou que o aumento de uma unidade na atividade de CPK promove redução de  $\approx 10,5\%$  na pontuação do MEEM ou vice versa, destes sujeitos, os que apresentam alta probabilidade de demência, tem sua atividade de CPK diferente (aumentada). **Conclusão:** O uso crônico de cocaína leva à perda cognitiva precoce.

**Descritores:** Cocaína crack, Drogas ilícitas, Demência, Contagem de células sanguíneas, Bioquímica/métodos

### Referências Bibliográficas

1. Domingos JBC. Fatores associados ao uso de cocaína e/ou crack em clientes de um CAPSad. Tese [Doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Psiquiátrica; 2012.
2. Garcia RCT. Envolvimento da metilecgonidina, produto de pirólise da cocaína, na farmacodependência. Tese [Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Ciências Farmacêuticas; 2014.

### Estudo do perfil de sono de usuários de cocaína e crack atendidos em serviços de saúde conveniados ao sistema único de saúde

Flávia Bosquê Alves Vieira<sup>1</sup>, Cristiane Lopes<sup>2</sup>

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 8º Semestre do Curso de Graduação em Enfermagem
2. Orientadora. Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Curso de Graduação em Enfermagem

**Introdução:** O sono tem sido reconhecido como uma parte muito importante da vida humana, pois tem influência direta na qualidade de vida do homem<sup>(1)</sup>. O uso de drogas, em especial as drogas psicoestimulantes, como a cocaína, promovem alterações nos padrões de sono, agravando a dependência e aumentando a chance de aparecimento de distúrbios psiquiátricos<sup>(2)</sup>. **Objetivos:** Identificar o perfil do sono de usuários de cocaína/crack, associado ou não ao uso de outras substâncias psicoativas, atendidos em serviços de saúde conveniados ao SUS que tratam esses indivíduos. Testar possíveis correlações entre variáveis do perfil de sono e do perfil psiquiátrico desses usuários. **Método:** Este foi um estudo descritivo, transversal, retrospectivo e analítico de dados secundários<sup>(3)</sup>. Os dados foram obtidos no período de 12 de setembro de 2011 a 14 de março de 2013, com 246 usuários de crack e 84 de cocaína que foram a consultas, pronto-atendimento,

hospital-dia ou internados em 4 instituições gerenciadas pela Irmandade da Santa Casa de São Paulo, após concordância, assinatura do TCLE e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, os dados foram compilados em planilha de Excel® e correlacionados por meio do programa estatístico Graph Pad Prism 5®. **Resultados:** Os resultados mostram que 50,4% e 47,6% usuários do grupo de consumo de crack e cocaína referem boa qualidade de sono; 65,1% e 54,8% referem sono contínuo; 56,1% e 46,4% referiram não ter dificuldade para iniciar o sono e 69,4% e 78,8% referiram quantidade de horas de sono normal, respectivamente. Cada ano de uso regular de álcool promove uma diminuição de  $\approx 2,3\%$  nas horas de sono, aos usuários de crack e de  $\approx 13\%$ , aos usuários de cocaína. Na qualidade de sono e horas de sono em usuários de crack e cocaína existe acréscimo na qualidade de sono promove entre 15% e 17% de aumento nas horas de sono destes usuários. Na dificuldade de iniciar o sono e horas de sono em usuários de crack e cocaína indicaram acréscimo na qualidade de sono promove entre 12% e 6% de aumento nas horas de sono nos grupos avaliados. Em relação aos de uso regular de qualquer substância e horas de sono em usuários de crack, não foram significativos, em usuários de cocaína foi identificado que os anos de uso regular de qualquer substância ilícita diminuem as horas de sono em 6%. **Conclusão:** Usuários de crack assim como cocaína relatam problemas de sono, menores ou compatíveis com os descritos da população geral na literatura. Testadas correlações entre diversos parâmetros de uso de drogas e horas de sono; anos de uso de álcool correlacionou-se com horas de sono dos indivíduos, indicando que o álcool apresenta relevância maior sobre o sono em relação a outras drogas. O sono deve ser levado em conta quando se propõe tratamento ou intervenção para dependentes químicos.

**Descritores:** Cocaína crack, Drogas ilícitas, Sono, Sistema único de saúde

### Referências Bibliográficas

1. Gaspar S, Moreno C, Menna-Barreto L. Os plantões médicos, o sono e a ritmicidade biológica. Rev Assoc Med Bras. 1998; 44:239-45.
2. Müller MR, Guimarães SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e qualidade de vida. Estud Psicol. (Campinas). 2007, 24:519-28.
3. Lopes C, coordenadora. Estudo dos perfis de dependência, clínico, psiquiátrico, genético, cognitivo, fonoaudiológico, de sono, sócio-demográfico e aspectos legais de usuários de crack atendidos em serviços de saúde conveniados ao SUS. [Projeto de Pesquisa]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 2010.

# Instruções aos Autores

1. A **Revista Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, ISSN 0101-6067; ISSN 1809-3019 (on-line), fundada em 1954, é uma publicação quadrimestral, com a finalidade de publicar a produção científica dos Hospitais e da Faculdade da Santa Casa e as publicações de outras Instituições. Cada artigo ou trabalho entregue à publicação será submetido à prévia avaliação de dois (2) revisores indicados pelos Editores, mantendo-se sigilosa a identidade do(s) autor(es) e revisor(es). Os comentários serão devolvidos aos autores para modificações no texto ou justificativas de sua manutenção. Somente após aprovação final dos editores e revisores, os trabalhos serão encaminhados para publicação. O Conselho Editorial se reserva o direito de não se responsabilizar pelas afirmações ou opiniões inseridas nos artigos publicados.

2. Os artigos deverão ser destinados exclusivamente à **Revista Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, não será permitida a sua apresentação simultânea a outro periódico, desta forma, o artigo enviado deverá ser acompanhado de carta assinada por todos os autores, autorizando sua publicação, declarando que o mesmo é inédito e que não foi, ou está sendo submetido à publicação em outro periódico, transferindo os direitos autorais à Revista, sendo vedada a reprodução parcial ou total dos mesmos, em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem a autorização prévia do Editor Chefe da Revista.

A Revista receberá artigos no idioma português, espanhol e inglês.

## INFORMAÇÕES GERAIS:

- **Declaração de Conflito de Interesse**, quando pertinente. A **Declaração de Conflito de Interesses**, segundo Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1595/2000, veda que em artigo científico seja feita promoção ou propaganda de quaisquer produtos ou equipamentos comerciais

- Deverá constar a carta ou número do protocolo da aprovação do estudo envolvendo seres humanos ou animais, pelo CEP da Instituição onde foi realizado o trabalho

- Informações sobre **eventuais fontes de auxílio à pesquisa**

- Os ensaios clínicos submetidos à publicação devem ter o registro em uma base de dados de ensaios clínicos. A Revista "Arquivos Médicos" adota a exigência do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>) ou do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) ([http://www.icmje.org/clin\\_trialup.htm](http://www.icmje.org/clin_trialup.htm)) de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados pelas duas organizações citadas. O número do registro do ensaio clínico deverá constar em Materiais e Métodos.

- Os autores serão notificados do andamento do artigo até a sua conclusão final. A Revista aceitará publicações de caráter clínico ou experimental como Artigo original, Ensaios Clínicos, Artigo de atualização, Artigo de revisão, Relato de caso, Artigo histórico, Editorial, Carta ao Editor, Resumos de trabalhos científicos

3. **PREPARO DO ARTIGO:** Os trabalhos enviados para publicação deverão obedecer os seguintes critérios:

- Cada artigo deve conter de 1 a 10 laudas, incluindo ilustrações e tabelas, referências bibliográficas, fonte Times New Roman, corpo 12 e espaço duplo;

- Cada artigo deverá ser acompanhado de 01(cópia) e um CD, sendo: **01 cópia** com a página de identificação, contendo: a) título do artigo, em português (ou espanhol) e inglês, que deverá ser conciso, porém informativo; b) nome completo de cada autor e afiliação institucional; c) nome do Departamento e Instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada correspondência; e) Declaração isenção e de conflito de interesse; f) artigo que envolva pesquisa com seres humanos ou animais, deverá constar carta ou número do protocolo de aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição em que o trabalho foi realizado; g) para os artigos de pesquisa clínica, a afirmação de que todos os sujeitos envolvidos estão de acordo e que consentiram a realização da pesquisa e a divulgação de seus resultados de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde; h) Pesquisa de levantamento de prontuários ou documentos de uma Instituição deverá ter a menção da aprovação do CEP fontes de auxílio à pesquisa; g) Fontes de Auxílio à pesquisa

- **Resumo:** O Resumo não excederá a 250 palavras para os artigos originais, deve ser feito na forma estruturada com: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Para as demais categorias, o resumo não deve ser estruturado. Artigo histórico não deve ser feito resumo.

- **Abstract:** Versão em língua inglesa, correspondente ao Resumo.

- **Descritores/Keywords:** Descritores (ao final do resumo), Key Words (ao final do Abstract), no máximo 6 (seis), seguindo-se o DECS – Descritores em Ciências da Saúde (BIREME).

**ARTIGO ORIGINAL:** Trabalho destinado a divulgar resultados de pesquisa original inédita, de aspectos experimentais ou observacionais, inclui análise descritiva ou interferências de dados próprios. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos. Constará das seguintes seções: Resumo, Abstract, Introdução, Material e Métodos (Deverá constar a carta ou número do protocolo da aprovação do estudo envolvendo seres humanos ou animais, pelo CEP da Instituição onde foi realizado o trabalho; descrever a metodologia estatística empregada), Resultados, Discussão, Agradecimentos e Referências bibliográficas.

**ARTIGO DE REVISÃO:** Trabalho que constitui de avaliação crítica e sistemática da literatura sobre um assunto específico referente a trabalhos já publicados anteriormente em periódicos científicos. Constará das seguintes seções: Resumo, Abstract, Introdução; Conclusão, Referências bibliográficas

**ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO:** Trabalho destinado a descrever informações atuais sobre tema de interesse para determinada especialidade, uma nova técnica ou método. Constará das seguintes seções: Resumo, Abstract, Introdução (breve histórico do tema; estado atual de conhecimento e as razões do trabalho, métodos de estudo), Conclusão, Referências bibliográficas

**EDITORIAL:** Uma declaração de opiniões, crenças e políticas do editor de uma revista. Matérias de responsabilidade dos Editores da Revista, estes, poderão convidar uma autoridade para escrevê-lo. Limite de duas páginas.

**RELATO DE CASO:** Trabalho que apresenta dados descritivos de um ou mais casos clínicos, explorando um método ou problemas através de um exemplo. Os relatos de casos aceitos para publicação serão de grande interesse ou raros. Constará das seguintes seções: Introdução (breve histórico do tema), descrição do caso, Discussão, Comentários finais e referências bibliográficas

**ARTIGO HISTÓRICO:** Relato ou descrição de eventos ou circunstâncias significativas referentes a um determinado campo de estudo.

**CARTA AO EDITOR:** Destinada a comentários de leitores sobre os artigos publicados anteriormente na revista, expressando concordância ou não sobre o assunto abordado. Os autores do artigo citado serão convidados a responder.

**RESUMOS (TRABALHOS CIENTÍFICOS – PIBIC/CNPq, Eventos Científicos, etc.):** Dependendo da quantidade deste material, será publicado em suplementos.

**CITAÇÃO DE AUTORES:** Deve ser obrigatória no corpo do texto. No sistema numérico, proposto pelos editores de periódicos científicos internacionais denominado "Vancouver Style", as citações são indicadas numericamente na sequência que aparecem no texto.

- **Citação Numérica:** as citações são indicadas numericamente em expoente ou sobrescrito, entre parênteses, seguindo a sequência numérica das citações, na sequência que aparecem no texto. Quando houver mais de uma citação no parágrafo, as citações são indicadas no meio ou no final do texto, citando-se o número de cada uma das citações; se forem sequenciais, deverão ser separadas por hífen; se forem aleatórias, deverão ser separadas por vírgula.

Ex: O papel dos enterococos é polêmico<sup>(1-5)</sup> embora se saiba que *E.coli* e *B.fragilis* contribuem ...

Diversos estudos sugerem que um escore de mais de 10 pontos representa uma doença grave<sup>(3,7,10,25)</sup>.

4. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** As referências serão baseadas no formato denominado "Vancouver Style", os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o "List of Journal Indexed Medicus, da National Library of Medicine", devem constar apenas as citadas no texto e ordenadas de acordo com a citação numérica. Para todas as referências citar até seis autores, acima de seis, citar os seis primeiros seguidos da expressão et al.

## EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

### LIVRO NO TODO

Piato S. Urgências em obstetria. São Paulo: Artes Médicas; 2004. 437p.

### CAPÍTULOS OU PARTES DE LIVROS

Andrade OVB, Coates V, Corrêa MM, Ribeiro Neto JPM, Medeiros EB, Brezolin NL, et al. Tubulopatias crônicas. In: Toporovski J, Mello VR, Perrone HC, Martini Filho D. Nefrologia pediátrica. São Paulo: Sarvier; 1991. p.299-326.

### ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Malheiros CA, Rodrigues FCM, Rahal F. Câncer gástrico e metástases. Operar?. Rev Assoc Med Bras. 2001; 47:95-6.

### TESE

Alonso FJ F. Sífilis adquirida na infância. Tese (Mestrado). São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1984.

### EVENTOS CIENTÍFICOS (CONGRESSOS, SEMINÁRIOS, SIMPÓSIOS, ETC)

Coates MVG. Evolução histórica da medicina do adolescente. In: 1º Congresso Nacional. A Saúde do Adolescente, 1991; Rio de Janeiro. Conferência. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Medicina; 1991. p. 24-7.

### AUTORES CORPORATIVOS (ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS, ASSOCIAÇÕES, ETC.)

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente. Tratamento de pneumonia em hospitais de pequeno e médio porte. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.

### DOCUMENTOS EM SUPORTE ELETRÔNICO

#### ARTIGOS DE PERIÓDICOS (ON LINE)

Murade ECM, Hungria Neto JS, Avanzi O. Estudo da relação e da importância entre a semiologia clínica, tomografia axial computadorizada e eletroencefalografia nas radiculopatias lombares. Acta Ortop Bras. [periódico online] 2002; [citado 18 maio 2004]; 10:18-25. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-78522002000400003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522002000400003&lng=pt&nrm=iso)

5. A solicitação de separatas de artigos já publicados será atendida mediante prévio contato com o Conselho Editorial da Revista

## Envio dos artigos

• Os artigos deverão ser encaminhados para:

Revista Arquivos Médicos  
Coordenação Editorial/Técnica  
Biblioteca - FCMSCSP

Rua Dr. Cesário Mota Jr, 61, 2º andar – São Paulo – SP

A/C.: Sonia Regina Fernandes Azevalo / Sabia Hussein Mustafa

Fones (11) 3367.7735 – 3367.7815

e@mail: [arquivosmedicos@fcmcantacasasp.edu.br](mailto:arquivosmedicos@fcmcantacasasp.edu.br)