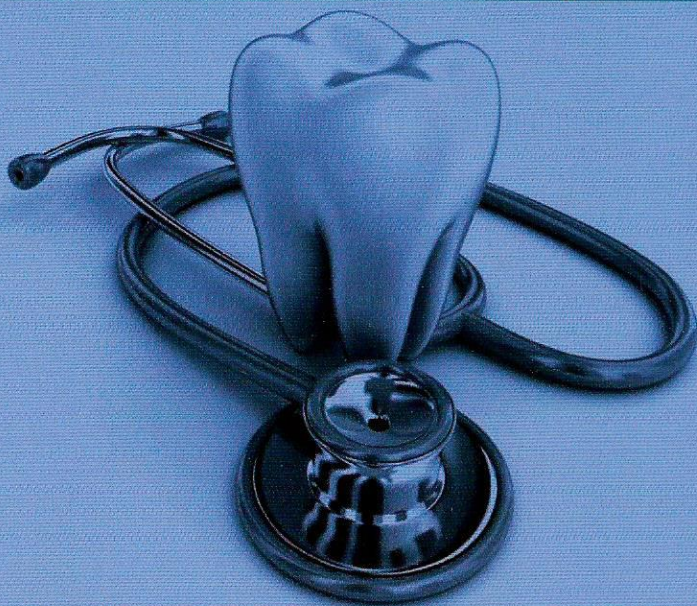


TECNOSAÚDE III



**Nilson Rosa de Faria
Rosa Maria Borges
Márcia Adriana Pires de Oliveira**

**Nilson Rosa de Faria
Rosa Maria Borges
Márcia Adriana Pires de Oliveira**

TECNOSAÚDE - III

1ª Edição

**Cascavel
2019**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

T253 TECNOSAÚDE – III / Nilson Rosa de Faria; Rosa Maria Borges; Márcia
Adriana Pires de Oliveira. --- Cascavel (PR): CENAP, 2018.
198 p.

ISBN: 978-85-924969-4-4

Vários autores

1. Odontologia. 2. Oncologia. 3. Pediatria. 4. Primeiros socorros. I.
Faria, Nilson Rosa de. II. Borges, Rosa Maria. III. Oliveira, Márcia
Adriana Pires de. IV. Título. |

CDD 20. ed. 613

Bibliotecária Rosângela A. A. Silva – CRB 9ª/1810



Editora = NILSON
www.nilson.pro.br

TECNOSAÚDE - III

Diretoria do CENAP

Adilson Antônio Scopel
Vanda Marilda Paes Scopel

Professores Orientadores

Claudir Rodrigues dos Santos
David Daniel Silva
Jane Beatriz Krause
Joyce Camapum
Keile Salete de Souza
Larissa Andreia Basso
Letícia Nadal
Lislie Ioana Gueles
Márcia Adriana Pires de Oliveira
Mateus Augusto Bon Ami Teixeira
Ricardo dos Santos
Rita de Cássia Carneiro
Thayná Nathally Petry De Paula
Vagner Rodrigues Alcide

SUMÁRIO

1 A HISTÓRIA DA PRÓTESE FIXA

Adriana Aparecida de Castilho; Daniele Gonçalves Picolli; Jaqueline Pelissari; Maria Eduarda Freire Pereira; Valkiria Vieira Rangel

2 APARELHOS ORTODONTICOS REMOVIVEIS

Luiz Guilherme Cadete Schulz; Rodolfo Vieira de Sousa; Ianael Keli Manenti; Vitor Gabriel Santana da Leve

3 EQUILÍBRIOS OCLUSAL EM PRÓTESE TOTAL

Ana Karoline da Cunha; Cleane Mônica Dal Pozzo; Cleiton Pietraczk; Cleocir Dal Pozzo; Dalson Gabriel Bonemberger; Josemanuel Gunner Burgoa Paredes

4 MATERIAIS DE PRÓTESE DENTARIA

Greyce Sassi Francio; Rodrigo Backes; Rudinei Paixão Stefini Junior

5 PROTESE DENTÁRIA - INÍCIO E EVOLUÇÃO

Bruna Ritchely Henn; Jefferson Rodrigues dos Santos; Patricia Jaqueline Aparecida Trindade; Sandro Cezar Senhem

6 PRÓTESES PARCIAL REMOVÍVEL

Eduarda Marcondes Pinheiro; Fabiula dos Reis; Jacqueline Gaspar Capelão; Rosilene Rosa da Silva; Silvério Petronilho Netto

7 OCLUSÃO DENTÁRIA

João Vitor Gregolon Cezario Dos Santos; Jonei Pedro Zuk; Mayara Caroline Da Silva Rodrigues; Valdecir De Oliveira

8 CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Andreia de Fatima da Silva de Jesus; Angela Maria Vicente; Deisiane de Jesus Lima; Renato Xavier da Silva

9 CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS DE PACIENTES REVASCULARIZADOS

Adriana Suszek; Cledineia Vieira Bueno; Ilceléia Amado José Ferraz; Leandro Soares Souza; Milena Biava; Tasiane Freitas.

10 DEPRESSÃO ASSOCIADA AO CÂNCER

Andrielli Moretti; Catiane Becker; Luana Cruz

11 ICTERÍCIA NEONATAL

Douglas Anderdon Vieira Mattje; Francieli Aparecida tramontin; Simone Israel Bozi; Vitor Eduardo Lins; Alessandra Branchi

12 MÉTODO CANGURU

Mariza Clara Castilhos Limberger Braga; Roseli de Miranda Gonçalves; Silvia de Souza Leal; Thais Rodrigues da Silva; Vilma Aparecida Gonçalves Correria.

13 PRIMEIROS SOCORROS

Adriana Gama; Angelize Ferreira; Dara da Silva Dantas; Gabriella Ferreira; Paola Monteiro.

INTRODUÇÃO

A saúde foi entendida como o estado de ausência de doença. Situação que hoje não é mais aceita como verdade, ou seja, a saúde envolve bem-estar físico, mental e social.

Saúde significa o estado de normalidade de funcionamento do organismo humano. Ter saúde é viver com boa disposição física e mental.

Além da boa disposição do corpo e da mente, a OMS (Organização Mundial da Saúde) inclui na definição de saúde, o bem-estar social entre os indivíduos.

A saúde de um indivíduo pode ser determinada pela própria biologia humana, pelo ambiente físico, social e econômico a que está exposto e pelo seu estilo de vida, isto é, pelos hábitos de alimentação e outros comportamentos que podem ser benéficos ou prejudiciais.

Uma boa saúde está associada ao aumento da qualidade de vida. É sabido que uma alimentação balanceada, a prática regular de exercícios físicos e o bem-estar emocional são fatores determinantes para um estado de saúde equilibrado.

As ciências da saúde formam profissionais com conhecimentos na prevenção de doenças, prática assistencial e promoção do bem-estar da população.

Um exemplo é o CENAP que forma profissionais na área de saúde: entre outras.

1. A HISTÓRIA DA PRÓTESE FIXA

Adriana Aparecida de Castilho

Daniele Gonçalves Picolli

Jaqueline Pelissari

Maria Eduarda Freire Pereira

Valkiria Vieira Rangel

Orientadora: Márcia A. Pires de Oliveira

RESUMO

A evolução da odontologia desde a era medieval introduziu o uso de próteses dentárias como parte do tratamento inovador no restabelecimento da saúde bucal. As primeiras civilizações humanas, no início do desenvolvimento humano, desenvolveram tentativas de recolocar os próprios dentes de forma avulsa, quando ocorriam acidentes ou traumas. O progresso atual está apoiado nos avanços da ciência odontológica do passado. A prótese dentária exige padrões de qualidade muito superiores aos verificados antigamente e sua constante evolução ajuda na melhoria dos tratamentos para as futuras gerações.

Palavras chaves: prótese, especialidades, dentária e história.

1 A HISTÓRIA DA PRÓTESE DENTÁRIA

A história e a evolução a odontologia andaram juntas à história da medicina, por ser a odontologia considerada parte integrante da área médica, uma vez que o homem primitivo lutava para sua sobrevivência contra as doenças, para ele existia apenas um grande drama: a dor e o medo. E através da evolução dos conhecimentos houve uma diferenciação entre as duas áreas e os estudos na área odontológica possibilitaram a separação das especialidades. O conhecimento odontológico e sua origem remota evoluem de forma alicerçada no contínuo estudo de matérias-primas e sob a influência da sociedade. A evolução histórica revelou-se, através dos tempos uma ciência experimental, no sentido filosófico. As mudanças artificiais em relação à forma, posicionamento, coloração, tamanho ou extração dental são consideradas automutilações mesmo que esta seja praticada com a finalidade de preservação da saúde ou valorização do sorriso. O progresso atual está apoiado nos avanços tecnológicos e na ciência odontológica do passado, uma vez que, por exemplo, as próteses parciais já foram esculpidas em madeira, depois, em placas soltas até que hoje podem ser produzidas em modelo CAD/CAM, sob a moderna e personalizadíssima técnica. (WANDER; FAVERO, 2012) O presente trabalho objetiva demonstrar os avanços na confecção da prótese dentária desde os primórdios até os dias atuais, passeando por períodos históricos de grandes transformações, seja de matéria-prima ou técnica, a fim de e traduzir os avanços dessa especialidade nos dias atuais.



<https://oglobo.globo.com/sociedade/historia/descoberta-na-italia-mais-antiga-protese-dentaria-conhecida-20488082>

2 REVISÃO DE LITERATURA

A Odontologia, como as demais ciências da área da saúde, percorreu várias etapas no decorrer de sua trajetória, passando pelo pré-cientificismo dos séculos XVI e XVII até o surgimento de escolas especializadas na prática odontológica. O termo “dentista” foi criado pelo cirurgião francês Guy Chauliac (1300-1368), cunhado pela primeira vez em seu livro "Chirurgia Magna", publicado em 1363. (MENEZHIN; SALIBA, 1997) No Brasil, o primeiro diploma de dentista, concedido após a independência do Brasil foi para Gregório Raphael da Silva, porque era diplomado pela Faculdade 3 A primeira Escola de Odontologia de São Paulo, criada em 07 de dezembro de 1900,

denominou-se no início, Escola de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia de São Paulo e a partir de 1967, o Curso de Odontologia passou a ter no mínimo 4 anos. (ALMEIDA; JUNIOR; ASSUNÇÃO, 2008) Pode-se afirmar que as próteses parciais fixas estavam em estado primitivo de desenvolvimento até o ano de 1850. No ano de 1935 a 1940 ocorreu uma apresentação do hidrocolóide para inlays e próteses fixas. Uso das resinas sintéticas para completar as bases das próteses totais fixas e para restaurações dentais. (CARVALHO, 2014) A partir de 1952 a 1960 houve a introdução das mercaptanas e silicões, além do desenvolvimento dos discos de carborundum, a prótese dentária entrou então em uma nova era. Além disso, foi descrita a técnica da confecção de dentes artificiais, os trabalhos de Black (preparo das cavidades) e de Tagart (aperfeiçoamento do método de fundição), o trabalho de próteses fixas, sob orientação científica, foram executados nos Estados Unidos. (SPYERE, 2013) As primeiras civilizações humanas desenvolveram técnicas na tentativa de recolocar os próprios dentes avulsos, após acidentes ou traumas. Os Fenícios viveram em 4000 a.C. e foram os verdadeiros precursores da prótese dentária. Seus conhecimentos foram transmitidos aos outros povos do mediterrâneo. Esses conhecimentos constavam de dados terapêuticos sobre a Odontologia, principalmente referentes à habilidade na confecção de próteses. A arqueologia detém conhecido exemplar datado dessa época, a peça, famosa, se encontra no Louvre e trata-se de seis dentes, dois caninos e quatro incisivos, ligados com grande habilidade por um fio de ouro puro do comprimento aproximado de trinta centímetros e de diâmetro extremamente fino. O central e o lateral direito pertencem a outra pessoa e substituem os ausentes. No conjunto, este sistema protético desempenha as funções de substituir os dentes ausentes e de fixar os outros dentes.

2.1 Os Egípcios

Os egípcios são considerados como os desenvolvedores da tecnologia odontológica primitiva, pois suas próteses procuravam substituir o elemento que faltava e também procuravam fixá-lo em 1500 a.C. O modelo egípcio está no Museu Roemer-Pelizaeus na cidade alemã de Hildesheim, consiste em um splint de fio de ouro e foi encontrado próximo às pirâmides. Este antigo dispositivo protético consiste de dois dentes conectados com fio de ouro e há dúvidas se é mesmo uma prótese ou apenas uma férula para dois dentes adjacentes. (SILVA; SALES-PERES, 2007)



<http://arqueologiaibanez.blogspot.com/2016/12/arqueologos-encontram-dentaduras.html>

2.2 Os Romanos

Apenas quando se tratava de elementos dentais em ouro a lei romana permitia o enterro desse material, no entanto, não há referência às próteses porque elas eram executadas por técnicos e servia apenas ao propósito estético. Ainda no período romano se descobriu o marfim como um novo material a ser utilizado para fins protéticos e estes criavam próteses removíveis e fixas.

2.3 Os Maias

Considerado um povo da idade da pedra foram consumados fundidores e ferreiros de ouro, prata e, em menor grau, bronze. Sua arte da lapidação também foi notável, porém não chegaram a praticar uma odontologia restauradora. Os Maias sabiam incrustar com habilidade lindas pedras em cavidades cuidadosamente preparadas nos incisivos superiores e inferiores e, em alguns casos, também nos primeiros molares. As pedras incrustadas se ajustavam de forma tão exata à cavidade, que muitas delas permaneceram no lugar durante mil anos. Como forma de aumentar a conservação das duas peças unidas, o espaço entre a pedra e a parede da cavidade era vedado por meio de cimentos.

2.4 Os Japoneses

Após a introdução do budismo no Japão, por volta do século VI, uma grande variedade de novas artes e técnicas em madeira surgiu, possibilitando a confecção das primeiras próteses em madeira. Um molde do maxilar desdentado era obtido com cera de abelha e com base neste molde se talhava o modelo, depois o interior da boca do paciente era pintado com pigmento para o desgaste de pontos salientes, assim a dentadura era trabalhada e ajustada no interior da boca. (CARVALHO, 2014) Os dentes artificiais eram confeccionados com lascas de mármore, ossos de animais e algumas vezes se utilizava dentes humanos naturais. A prótese dentária japonesa mais antiga registrada pertenceu a uma sacerdotisa budista, Nakaoka Tei, conhecida como Dama do Buda, que fundou o templo de Ganjo-ji em Wakayama, por volta de 1500. (TINSCHERT et al, 2004)



<https://pt.depositphotos.com/92194956/stock-illustration-dental-extraction-forceps-and-tooth.html>

2.5 Avanços na Odontologia

As primeiras próteses do sec. XVIII A cerâmica odontológica como conhecemos hoje a qual é um material de aparência semelhante ao dente natural devido suas propriedades óptica e química o que confere a este material excelente estética e dureza, possibilitando o emprego deste material na odontologia viria mais tarde, no ano de 1774 devido a insatisfação do francês Alexis Duchateau com sua prótese total confeccionada com dentes de marfim, então decidiu trocá-las por próteses confeccionadas em cerâmica, para verificar as propriedades deste material e com o auxílio de Nicholas Dubois de Chemant, a arte das cerâmicas foi introduzida na Odontologia. Durante o início do século XIX Giseppangelo Fonzi tornou as próteses modernas possíveis, uma vez que construía dentes individuais de porcelana e antes do cozimento introduzia um cravo de platina sob cada dente, este cravo era, em seguida, soldado à base de prata ou ouro da prótese, depois foi só aperfeiçoar sua forma, pelo talhe mais habilidoso dos moldes. (TINSCHERT, 2004) Por vários anos, os dentes humanos ainda continuariam servindo como substitutos nas próteses até que em 1817 um dentista imigrante francês, Antoine Plantou ofereceu aos americanos os ensinamentos de seu método para produção de dentes e próteses em porcelana. Alguns americanos introduziram melhoras, e fabricaram dentes minerais. (SILVA; SALES-PERES, 2007) Após a invenção do forno elétrico em 1894 e em 1898 da porcelana de baixo ponto de fusão, Land pode finalmente construir a coroa de porcelana sobre uma matriz de platina, contribuindo para o aperfeiçoamento da técnica de confecção protética. Em 1903 Land introduziu no mercado sua coroa de porcelana, forte e estética. (ALMEIDA, 2008) Desde o séc. XVIII as próteses cerâmicas vêm evoluindo, empregadas pela primeira vez com dentes artificiais para próteses totais, a partir do século XX foram confeccionadas em material metalocerâmico e mais recentemente, com o aprimoramento da tecnologia cerâmica, surgiram as próteses livres de metal.



<https://clnicasanchezcolodro.com/nueva-vida-sin-dentadura-postiza2/>

2.6 Construção das Próteses

Foi Bonwill quem cunhou o termo "articulação", para descrever o posicionamento dos maxilares durante seus movimentos e desenvolvendo o que se converteria nas regras clássicas para a colocação dos dentes nas próteses. (CHERMANT et al, 1999) Durante o século XX, Alfred Gysi, inventou o primeiro articulador realmente eficiente, o qual juntamente com o arco facial, inventado pelo Dr. George Snow, de Buffalo, NY, possibilitaram a construção de melhores próteses, com satisfatória oclusão e estética. Ainda do ponto de vista estético, as próteses evoluíram graças ao estudo de James Leon Williams publicado em 1914 que relacionava a forma do rosto com a forma dos dentes.

2.7 Odontologias no Brasil

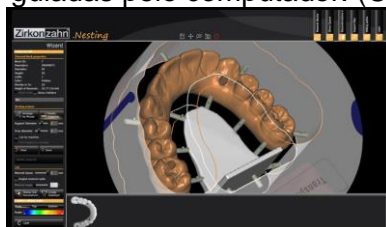
A história da odontologia no Brasil, como nos demais lugares do mundo se confunde com a história da medicina, porém, aqui para se praticar o ofício de dentista não era exigido nenhum tipo de estudo específico, daí o surgimento de termos como "Barbeiro" e "Sangrador" os quais foram empregados até meados do século XIX. Por essa razão, dada a grande habilidade manual, passaram a atuar na boca, fazendo extrações dentárias. (WANDER; FAVERO, 2012) No cenário político brasileiro, nas últimas décadas do séc. XVIII surgiu como herói nacional, Joaquim José da Silva Xavier (1746 - 1792), conhecido como o Mártir da Independência, nasceu em Tiradentes – MG, era assim conhecido por exercer o ofício de dentista. Tiradentes tinha grande habilidade como cirurgião e também esculpia, provavelmente em marfim ou osso de canela de boi, coroas artificiais para repor elementos ausentes. É considerado o "Patrono da Odontologia". (SPYERE, 2013) Em 07 de dezembro de 1900, surge a primeira Escola de Odontologia de São Paulo, sob o nome de: Escola de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia de São Paulo.



<https://pt.depositphotos.com/92194956/stock-illustration-dental-extraction-forceps-and-tooth.html>

2.8 A prótese nos dias atuais

Atualmente a confecção das próteses pelo sistema CAD-CAM, diminuíram o tempo de espera pela prótese, além de aumentar a qualidade da mesma. Esse procedimento tem o desenho de uma estrutura protética obtida num computador seguido da sua confecção por uma máquina de fresagem. (TINSCHERT, 2004) O sistema CAD-CAM tem otimizado o mercado de próteses dentárias nos últimos 20 anos do ponto de vista da produção de estruturas protéticas, acompanhando a evolução dos materiais utilizados, em especial a zircônia, a cerâmica mais resistente disponível nessa área. Nesse período o desenvolvimento dessa tecnologia no que diz respeito à leitura das preparações dentárias (óptica, contato e digitalização laser), aos programas de desenho computadorizado, aos materiais como a alumina, zircônia e o titânio e à máquina das restaurações protéticas, tornou-se essencial para a confecção das próteses. Esse novo conceito com seus diversos sistemas ajudaram no aperfeiçoamento da produção/confecção de próteses, pela utilização do desenho e da confecção guiadas pelo computador. (CARVALHO, 2016)



<http://www.clinicacyrne.com/especialidades/protese-fixa-cadcam/>

O uso dessas novas tecnologias, essencialmente informatizadas, exige do clínico e do laboratório uma adaptação e o aperfeiçoamento do trabalho, de forma a rentabilizar o investimento efetuado.

3. METODOLOGIA

Através da consulta de artigos, teses, capítulos de livros e levantamentos de dados sobre o tema em questão, publicados entre 1997 e 2015. Este é um trabalho de revisão de literatura, analítico-descritivo. Para busca das referências foram utilizadas bases de dados relevantes como Scielo, Bireme, Pubmed e Google acadêmico. As palavras-chave utilizadas para pesquisa foram: história; prótese; evolução. O cronograma da realização do trabalho se deu entre Março de 2015 a Março de 2016. Após a leitura dos trabalhos, o critério de inclusão na presente revisão foi a indexação das publicações e o caráter atual da publicação e sua relevância, como critério de exclusão estão artigos sem relevância ou que não contribuam para o debate do tema

4. DISCUSSÃO

O estudo e a evolução dos conhecimentos sobre prótese dentária pode ser dividida em períodos, desde seu surgimento na era medieval, cujo 1º período data da pré-história até o ano 1000. Nessa época a odontologia era baseada em cultos estranhos e para as pessoas da época o sol curava todas as enfermidades, inclusive as afecções dentárias.(CHERMANT, 1999) Ainda, diversos povos estavam dispostos a testar materiais a fim de se obter o melhor resultado para a substituição dos elementos dentais, uma das maiores preocupações das sociedades da época. (BRUNETTI, 2007; ANUSAVICE, 2013; 11 MOTA; BASTOS, 2014) Inicia-se assim o 2º período, com a odontologia da Idade média e dos Árabes, do ano 1000 a 1728. Para o aprendizado da odontologia, assim como das demais corporações medievais, o indivíduo que desejasse seguir uma profissão associava-se a um "mestre". (CASOTTI, 2009) Marcando o 3º período, também chamado de período de Fauchard devido à descoberta do trépano a pedal - 1728 a 1871, a profissão evolui em vários setores, sendo que em 1756, Philip Pfaff publicou o primeiro livro da Odontologia alemã, onde ensinava o preparo de modelos de gesso, após a moldagem, para confecção da prótese dentária; esse profissional praticou o capeamento pulpar. Próximo ao final do século surgiu uma inovação, os dentes em porcelana. (TINSCHERT; NATT; HASSENPFUG; SPIEKERMANN, 2004; NÓBREGA, 2009) O 4º período é marcado pelo uso do trépano a pedal em alta-rotação - 1871 a 1956, além do uso da anestesia tópica até a evolução da anestesia local contemporânea, utilizando a procaína. (MOTA; BASTOS, 2014; CARVALHO, 2016) Devido à necessidade de manter o paciente com a boca aberta por longos períodos de tempo, especialmente nas restaurações com ouro, nos tratamentos 12 endodônticos e protéticos desenvolveu-se um aparelho para sucção de saliva, acionado pela passagem de corrente de água, este tornou possível o moderno sugador de saliva, que foi finalmente introduzido em 1882. (BORAKS, 2001; SPYERE, 2013) No fim do século passado e no começo deste, os dentistas começaram a perceber que

as próteses fixas não eram duráveis por que os dentes de suporte contraíam lesões periapicais e periodontais. (NÓBREGA, 2009) Mas os pesquisadores demonstraram que isso não era verdadeiro, pois não era a prótese que causava essas lesões e sim falta de conhecimento e de orientação para se trabalhar com esse tipo de prótese. (BOTAZZO, 1998) Já outros autores destacaram que as próteses fixas eram duráveis sim, porém próteses mal confeccionadas poderiam acarretar reações inflamatórias na região periapical, além do desenvolvimento de doenças. (SPYERE, 2013) A partir de 1956 inicia-se o 5º período, a era das especialidades, da prevenção, dos implantes dentais e da odontologia social. (MENECHIN; SALIBA, 1997) evolução da odontologia acompanhou a evolução das próteses dentais demonstrando ser a substituição dos elementos dentais a maior preocupação das sociedades, desde a época medieval, a fim de devolver a função e a estética.

A evolução na odontologia e na prótese é algo que não para, a cada dia temos novas pesquisas para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e a história é sempre importante para a o avanço destas. (HAUPTMANN; SUTTOR; FRANK; HOESCHELER, 2000) Atualmente a odontologia esta muito evoluída dentro de suas especialidades. (LIMA, 2015) Muitas pesquisas foram realizadas, entre sucesso, fracassos e aperfeiçoamento de técnicas a prótese foi se tornando o que é hoje. (CASOTTI, 2009)

5. CONCLUSÃO

Através do estudo da história e evolução da prótese, visando uma melhor qualidade de vida, como a devolução da função e da estética, a partir do aperfeiçoamento de técnicas houve uma melhora na qualidade de vida e da saúde bucal nas sociedades modernas atuais. No passado não existia a regulamentação do curso de graduação para a profissão de odontologia, a figura típica do dentista eram os “tiradentes”, que trabalhava em vias públicas e cujo trabalho era a remoção de dentes em cadeiras utilizadas também por barbeiros. A odontologia moderna traz a utilização de modernas técnicas de confecção de próteses com excelente estética, que mimetizam o substrato dental em seus detalhes e anatomia, graças ao estudo e à evolução dos materiais de moldagem e das porcelanas. Passear pela história da prótese no Brasil e no mundo nos permite perceber que o homem busca imitar e devolver os elementos dentais desde os primórdios, a tecnologia atual já avançou bastante do ponto de vista da estética, mas ainda requer muito estudo em relação a obtenção dos moldes e das técnicas de confecção das próteses. Muito ainda há que se evoluir no campo protético, o permanente estudo e o desenvolvimento de novas tecnologias nos dará o suporte necessário para alcançarmos o desejo primitivo de nossos ancestrais, devolver fonação, função e estética aqueles que por alguma razão perderem seus elementos dentais naturais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA EO, JUNIOR ACF, ASSUNÇÃO WG. Os Desafios da Prótese Total: Problemas e Soluções. Revista INPEO de Odontologia. 2008; 2 (1): 1-76;
- ANUSAVICE, K.J. Phillips Materiais Dentários. Ed Elsevier. 12ªEd. 2013;
- BORAKS, S. Diagnóstico bucal. 3º ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001;
- BOTAZZO, C. Da arte dentária: Um estudo arqueológico sobre a prática dos dentistas. [TESE DE DOUTORADO]. Disponível na internet: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/indexSearch=ID>. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1998;
- BRUNETTI, R.F. Os caminhos da odontologia através dos séculos e os rumos para o futuro. [ARTIGO NA INTERNET]. Disponível em: <http://www.orocentro.com.br/files/file-298338504.pdf>. UNESP. São Paulo, 2007;
- CARVALHO, NF. Evolução da Odontologia. Odontologia no mundo. [ARTIGO NA INTERNET]. Disponível em: <http://www.abcd-rj.org.br/paginas/historia.htm>. ABCDRJ. Rio de Janeiro, 2014. Visitado em: fevereiro de 2016;
- CASOTTI, E. Odontologia no Brasil: Uma (breve) história do pensamento sobre o ensino. UFRJ/NUTES. 2009;
- CHERMANT, ND et al. História da Odontologia: Enfim o reconhecimento. Revista ABO nacional. 1999; 7(1) 12-7;
- FONSECA, LLV et al. O valor social de um dente e o acesso aos serviços odontológicos. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(10): 3129-3138
- ; HAUPTMANN H, SUTTOR D, FRANK S, HOESCHELER H. Material Properties of All Ceramic Zirconia Prosthesis. J Dent Res. 2000; 79:507.
- LIMA, MNF. Avaliação da condição de saúde bucal de idosos mediante comparação dos dados do SB Brasil 2003 e 2010. Revista Interdisciplinar. 2015; 8(3);
- MENEGHIN, M.C.; SALIBA, N.A. Odontologia: conquistas tecnológicas e evolução social. Rev. Odonto do Brasil Central, 1997; 6(22) 123-127;
- MOTA, F.S.; BASTOS, M.F. A importância do desenvolvimento científico para a odontologia. Revista Saúde – UNG. 2014; 8(1);
- NÓBREGA, A.V. Estudo comparativo da resistência à compressão entre coroa de porcelana aluminizada por vidro, coroa de porcelana feldspática e dentes permanentes hígidos. [TESE DE ESPECIALIZAÇÃO]. Disponível na internet: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/.../AIRTONALVESDANOBREGA.pdf. USP. São Paulo, 2009
- 15 RICARDO HAS. Odontologia: um breve histórico. Rev. Odont Clin Científ. Recife, 2007; 6 (1) 7-11.
- SILVA, R.H.A.; SALES-PERES, A. Odontologia: Um breve histórico. Odontologia. Clín.-Científ. Recife, 2007; 6(1): 7-11;
- SPYERE PR. História da odontologia do Brasil. Disponível em: [HTTP://professorapatriciaruiz.com.br](http://professorapatriciaruiz.com.br). Unieuro – Centro Universitário. 2013;

TINSCHERT J, NATT G, HASSENPFLUG S, SPIEKERMANN H. Status of current CAD/CAM technology in dental medicine. *Int J Comput Dent.* 2004; 7(1): 25-45;

WANDER P.; FAVERO, L. Uma história da odontologia no Brasil. *Rev. História e perspectivas.* Uberlândia, 2012; 47: 147-173;

2. APARELHOS ORTODÔNTICOS REMOVÍVEIS

Luiz Guilherme Cadete Schulz

Rodolfo Vieira de Sousa

Ianael Keli Manenti

Vitor Gabriel Santana da Leve

ORIENTADORA: Larissa Andreia Basso

Resumo

A ortodontia é uma especialidade da odontologia que diagnostica e executa o tratamento das más-oclusões, que são as alterações no posicionamento dos dentes ou dos ossos maxilares. O tratamento ortodôntico além de melhorar o alinhamento dental, corrige as más oclusões, tornando as funções orais, como a mastigação, mais saudáveis e equilibradas, evitando problemas dentários, gengivais, articulares e em muitos casos, pode também ter um efeito significativo na melhora da aparência facial do indivíduo.

Os aparelhos ortodônticos são dispositivos utilizados pelo cirurgião-dentista para manter o desenvolvimento normal da oclusão ou interceptar uma desarmonia já instalada, melhorando a estética e sua funcionalidade.

Neste capítulo, daremos foco aos aparelhos ortodônticos removíveis, que não constituem tema frequentemente abordado em debates ou artigos científicos atualmente, assim apresentaremos uma revisão histórica dos aparelhos removíveis.

1 REVISÃO HISTÓRICA E CONCEITO

De períodos imemoriais a má aparência causada por dentes apinhados e irregulares, suscitava a necessidade de correção destas desordens, e até mesmo protótipos de possíveis aparelhos ortodônticos primitivos foram encontrados em escavações.

Porém, foi somente no século XVIII que a ortodontia obteve um maior avanço, através dos esforços do francês Pierre Fauchard, que criou o aparelho denominado *bandeau*, que consistia em um arco feito de uma tira de metal flexionada com vários furos, por onde eram passados fios de firas que exerciam forças sobre os dentes.



O bandeau, criado pelo cirurgião dentista francês Pierre Fauchard
<https://revistagalileu.globo.com/Publicidade/Invisalign/noticia/2019/01/do-rudimentar-ao-tecnologico-evolucao-dos-aparelhos-ortodonticos.html>

Com passar do tempo e o avanço da ciência, novos materiais e técnicas foram sendo apresentados, como as placas ativas para movimentos dentários, que surgiram após a vulcanização da borracha e outros novos materiais, um exemplo é a primeira placa de fenda, um expansor que podia ganhar “grande distância de 4mm”. Contudo, apenas mais tarde foi desenvolvido um grampo para prender estas placas, que até então ficavam soltas na boca e não exerciam a sua função adequadamente.

Nos séculos seguintes o desenvolvimento da ortodontia dependia de onde você se situava, pois por vários fatores, o desenvolvimento destes aparelhos foi diferente na Europa e Estados Unidos. Por exemplo, o maior impacto da lei de Angle na Europa, e o fato de que a Europa teve um rápido desenvolvimento dos sistemas de previdência social, havendo assim muito mais pessoas sendo atendidas. Porém felizmente a dicotomia entre a ortodontia europeia e a americana desapareceu devido ao maior contato entre os ortodontistas.

A ortodontia pode ser dividida em níveis de atenção às necessidades de cada indivíduo. A ortodontia preventiva atua interceptando problemas futuros, diminuindo assim o uso de aparelhos fixos, extrações de dentes permanentes ou futuras cirurgias para correção de posicionamento maxilar ou mandibular. A ortodontia interceptativa, visa à correção de problemas de oclusão, que possam comprometer a funcionalidade e estética dento facial. Buscando corrigir problemas de oclusão já instalados, fazendo uso de aparelhos fixos ou móveis, movimentando os dentes e ossos gradativamente, assim atua a chamada ortodontia corretiva.

Os aparelhos removíveis podem ser divididos entre aparelhos ativos ou passivos.

Os aparelhos ativos são utilizados para movimentações dentárias por meio dos chamados grampos, que são molas ou arcos de fios de metais, parafusos, elásticos e outros.

Já os aparelhos passivos servem para manter espaços e dentes em suas posições, e não exercem forças sobre os dentes.

Uma das vantagens da utilização deste tipo de aparelho é o fato de ser removível, o que facilita o processo de higienização.

Os aparelhos removíveis ativos podem ter ainda outra classificação, que é bem distinta: aparelhos funcionais para modificação do crescimento e os aparelhos para movimentações dentárias.

Já os aparelhos para movimentos dentários, como indica o seu nome, atuam sobre os elementos dentários, girando ou verticalizando e inclinando-os.

2 FUNCIONAMENTO E COMPONENTES DE UM APARELHO

Os aparelhos para movimentação dentária possuem três componentes básicos: parte ativa, a retentiva e a base de suporte.

A parte ativa é composta por dispositivos que executam pequenos movimentos, como giros e a verticalização e inclinação dentária. Estes movimentos são executados por meio de molas confeccionadas com fios metálicos e parafusos que aplicam forças nas coroas dos dentes para a movimentação.

A base acrílica de suporte une os grampos, parafusos e outras partes do aparelho, suporta os esforços realizados pelos grampos de retenção quando ativados e pelos parafusos e molas que compõem a parte ativa do aparelho, dissipando essas forças normalmente sobre os tecidos da mucosa que compõem o palato ou a região lingual nos aparelhos inferiores.

A parte retentiva, que retém o aparelho na cavidade bucal é composta principalmente pelos grampos de retenção; porém, devemos lembrar que, a base acrílica também desempenha certa função retentiva.

2.1 Grampos Ortodônticos

Os grampos ortodônticos são pedaços de fios metálicos, de diversas ligas metálicas, mas normalmente de cromo níquel, nos quais são realizadas dobras, os grampos podem ser de retenção, apoio, grades, molas e de contenção.

2.1.1 Grampo Vestibular, em “C”, ou de Kennedy

Confeccionado com fio 0,8 mm a 1,0mm nos últimos molares partindo da face mesial e percorrendo toda cervical do dente até a face distal e palatina onde se confecciona a retenção para a resina acrílica.

2.1.2 Grampo interproximal ou em gota

Feito com fio 0.7 mm, contendo um elo em formato de gota na região interproximal dos pré-molares, que fará a retenção, e percorre a face oclusal até a palatina onde é preso à resina acrílica.



*À direita temos um grampo vestibular, e a esquerda um grampo interproximal
<http://diariodeumaprotetica.blogspot.com/2011/08/protese-ortodontica.html>*

2.1.3 Apoio Oclusal

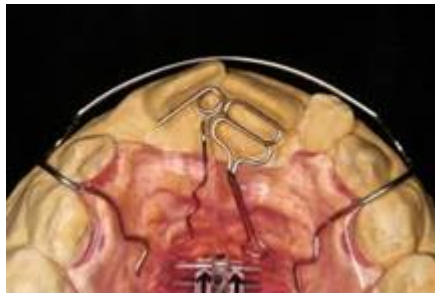
Utilizado geralmente em aparelhos inferiores. É composto basicamente por um segmento de fio que parte do sulco oclusal dos molares e se dirige a lingual onde se prende a resina.



Na parte posterior do aparelho nota-se dois grampos de apoio oclusal, e na parte posterior, temos um parafuso utilizado para expandir o arco dentário.
<http://coi-sc.com.br/especialidades/ortopedia-funcional-dos-maxilares/>

2.1.4 Molas

Confeccionadas com fio 0,6mm ou 0,7mm são conjuntos de dobras ou helicóides utilizados para gerar forças para deslocar inclinar e verticalizar dentes.



<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/58484/1/000130689.pdf>

2.1.5 Grades

São grampos constituídos por uma série de dobras que evitam os hábitos bucais deletérios, como chupar o dedo, por exemplo. Normalmente sua extensão vai, de pré-molar até pré-molar ou de canino a canino, e ela não deve interferir nos dentes antagonistas.



<https://deskgram.net/explore/tags/Gradepalatina>

2.1.6 Grampo de Hawley

Grampo utilizado para contenção dos dentes anteriores, superiores ou inferiores, tocando todos os dentes anteriores, com uma alça, chamada também de *Omega*, confeccionada na altura dos caninos.

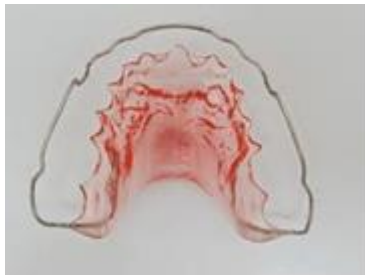


<http://ortobella.blogspot.com/2011/11/mostruario-ortobella3.html>

3 APARELHOS REMOVÍVEIS MAIS UTILIZADOS:

3.1 Contenção Removível

Utilizada para manter os dentes em suas posições, normalmente após tratamento ortodôntico.



<http://borelortodontia.blogspot.com/2014/07/contencao-ortodontica-superior.html>

3.2 Grade Lingual Removível

Utilizada para evitar maus hábitos do paciente, como por exemplo, chupar os dedos.



<http://www.protad.com.br/apOrtodonticos.php>

3.3 Expansor Removível

Utilizado para alargar o arco dentário maxilar.



<https://blog.sorrisus.com/os-principais-tipos-de-aparelho-ortodontico-que-voce-precisa-conhecer/>

3.4 Mantenedores de Espaço Removíveis

Usados para manter o espaço quando ocorre uma perda dentária precoce, impedindo que outros dentes interfiram no crescimento do dente permanente no caso de crianças ou que ocupem o futuro espaço protético.



<http://odonto-logando.blogspot.com/2013/08/o-que-e-mantenedor-de-espaco-para-que.html>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<https://www.colgate.com.br/oral-health/life-stages/teen-oral-care/what-is-orthodontics>

Vilella OV. O Desenvolvimento da Ortodontia no Brasil e no mundo. Rev. Dental Press Ortodon. Ortop. Facial. 2007; 12(6): 131-156.

Magali Guedes de Souza¹ Carlos Sechi Goulart² Andresa Nolla de Matos Furtado³ Marcelo Tomás de Oliveira⁴ Maria Perpétua Mota Freitas⁵ Guilherme Thiesen⁶

<https://compass3d.com.br/tipos-de-ortodontia-entenda-a-diferenca-entre-elas/>

<https://www.dicio.com.br/polimerizacao/>

<https://www.google.com/search?q=Dicion%C3%A1rio#dobs=polimeriza%C3%A7%C3%A3o>

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3279393/mod_resource/content/1/13_Roteiro%20Resina%20Acr%C3%ADlica%20%282017%29.pdf

3. Equilíbrio Oclusal em Prótese Total

Ana Karoline da Cunha
Cleane Mônica Dal Pozzo
Cleiton Pietraczk
Cleocir Dal Pozzo
Dalson Gabriel Bonemberger
Josemanuel Gunner Burgoa Paredes
Orientadora: Letícia Nadal
Orientador: David Daniel Silva

Resumo

Mesmo com os avanços científicos significativos na odontologia visando a preservação do elemento dentário, combinado com o evento de envelhecimento da população, há uma grande parcela dos pacientes que são edentados e necessitam de reabilitação com prótese total. Os pacientes portadores de prótese total possuem sua capacidade mastigatória reduzida, sendo que a oclusão está intimamente relacionada com a mastigação. Assim é importante que o dentista e o técnico de prótese dentária conheçam os diferentes padrões oclusais existentes para a prótese dentária.

REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, paralelamente aos avanços técnico-científicos em odontologia, ainda coexistem uma grande parcela da população edentada, fruto de um tratamento odontológico centrado na prática curativa e mutiladora, cabendo à população adulta e idosa apenas serviços de urgências odontológicas, resultando geralmente em extrações dentárias. Por consequência, essas populações carregam atualmente a herança dessa prática assistencial, que resultou em elevado acúmulo da necessidade de prótese dentária (AZEVEDO *et al.*, 2017). O edentulismo é um problema de saúde pública que reflete a gravidade das condições de saúde bucal de determinada população, suas características socioculturais e o modelo de prática odontológica hegemônico. Sua alta prevalência em certos grupos populacionais e os consequentes impactos funcionais e estéticos que afetam negativamente a qualidade de vida desafiam os profissionais e os serviços de saúde a superarem esse cenário através de estratégias efetivas de prevenção e tratamento (SILVA *et al.*, 2015).

A prótese total é o tratamento mais realizado para o edentulismo total, visto seu baixo custo quando comparado aos implantes dentários. Essa reabilitação deve permitir o desenvolvimento satisfatório das atividades relacionadas à boca e dentes como a fonação e a mastigação, bem como oferecer conforto e uma aparência aceitável (COSTA *et al.*, 2013).

A reabilitação oral através de próteses totais tem como função a restauração da mastigação, aparência, fonética, além de melhorar a autoestima. Alguns procedimentos clínicos devem ser necessários no tratamento de reabilitação, devendo preservar, principalmente os rebordos alveolares. A prótese total vem melhorar a vida do indivíduo proporcionando uma normalidade dento-facial, dessa maneira, é necessário que o profissional reestabeleça o conforto, a função, e, acima de tudo o bem estar no indivíduo no meio social (BARBOSA *et al.*, 2013).

A eficiência mastigatória é uma das principais preocupações na reabilitação com prótese total. Segundo estudos (KAPUR *et al.*, 1965) a eficiência mastigatória de um indivíduo com prótese total equivale a um sexto da eficiência de um indivíduo dentado, tendo apenas 15% da força de mordida.

A oclusão está intimamente relacionada com a mastigação. A oclusão em prótese total tem uma importância fundamental em respeito a estética, estabilidade, transmissão de forças para o tecido de suporte, eficiência mastigatória, conforto em aceitação da prótese pelo paciente (MEDEIROS *et al.*, 2009).

1 OCLUSÃO EM PRÓTESE TOTAL

A escolha do esquema oclusal pelo cirurgião-dentista deve ser realizada com base nas vantagens biomecânicas a serem alcançadas, mas também com o domínio de montagem que o técnico em prótese dentária possui. Além de

sempre valorizar a satisfação a ser alcançada pelo paciente que usará tais próteses (FROTA et al., 2016).

1.1 Dentes artificiais

Os dentes artificiais podem ser classificados de acordo com suas formas oclusais em: dentes anatômicos, com inclinação cuspídea de 30 e 33 graus; dentes semi-anatômicos, com cerca de 20 graus de inclinação cuspídea e dentes não anatômicos, com zero grau de inclinação (MEDEIROS et al., 2006; TURANO et al., 2010)

1.1 Tipos de oclusão

Na montagem de dentes, o tipo de oclusão pode ser avaliado do ponto de vista estático e dinâmico. No ponto de vista estático, temos a montagem convencional, lingualizada e manopla. A montagem convencional é realizada com dentes anatômicos com contatos cêntricos nas cúspides de contenção dos dentes superiores e inferiores, ou seja, a cúspide lingual maxilar oclui na fossa central mandibular. A montagem lingualizada é realizada com dentes anatômicos na arcada superior e dentes com superfície oclusal com inclinações discretas na prótese inferior, sendo que os contatos cêntricos ocorrem somente na cúspide de contenção dos dentes superiores. A montagem manoplana é quando há ausência de altura de cúspide, apresentando áreas de contato ao invés de pontos nos dentes posteriores (MEDEIROS et al., 2006).

Quanto ao ponto de vista dinâmico, as próteses são montadas em oclusão balanceada ou guia canino.

1.1.1 Oclusão Balanceada

A oclusão balanceada refere-se a contatação simultânea dos dentes superiores e inferiores, sobre as áreas oclusais direta, esquerda nos movimentos anteriores e posteriores, quando arcos dentários estão em relação cêntrica. O conceito de oclusão balanceada foi introduzido por Bonwill em 1899 com o objetivo de estabilizar as próteses totais através de contatos simultâneos, três no mínimo, distribuídos ao longo do arco dental durante os movimentos excursivos da mandíbula. Esse conceito é necessário para a estabilização funcional das próteses totais, além de fornecer uma melhor eficiência mastigatória. (TURANO, 2009).

Na balanceada por ser Oclusão Convencional Balanceada - OCB ou Oclusão Lingualizada Balanceada – OLB. Na oclusão Convencional Balanceada são escolhidos dentes anatômicos e a cúspide lingual maxilar oclui na fossa central mandibular. Já a cúspide vestibular mandibular oclui na fossa central maxilar. A estabilidade das dentaduras é alcançada quando os contatos bilaterais

existem durante todos os estados dinâmicos e de estática da dentadura durante a função. Os dentes anatômicos são usados: os dentes anteriores superiores são ajustados para satisfazer à estética, e os dentes do posterior são arranjados em uma curva compensatória e em uma curva medial (GOIATTO et al., 2008).

A oclusão Balanceada Lingualizada – OBL é caracterizada pela inclinação vestibular dos dentes maxilares posteriores, permitindo que a cúspide palatina destes dentes contate com os dentes inferiores. Na relação cêntrica, a cúspide vestibular dos dentes mandibulares já não contacta com os dentes superiores. É importante não confundir oclusão lingualizada com a posição lingual dos dentes da prótese mandibular. Este tipo de oclusão é especialmente favorável quando existe prioridade estética pelo paciente e ao mesmo tempo a condição oral não permite que seja reabilitado com dentes anatômicos, tais como reabsorção alveolar (GOMES et al., 2012).

MEDEIROS et al., (2009) comparou a OBC e a OBL. Próteses totais maxilares e mandibulares foram confeccionadas para cada participante (n=18), sendo que a prótese mandibular possuía dentes posteriores intercambiáveis para permitir a troca do esquema oclusal (oclusão balanceada convencional e oclusão balanceada lingualizada). Aleatoriamente, cada esquema oclusal era utilizado por 15 dias, e então os indivíduos eram submetidos a testes objetivos, realizados com dois alimentos teste naturais (amêndoas e café) e testes subjetivos através de questionários. Foi observada diferença significativa em relação à eficiência mastigatória entre os esquemas oclusais utilizados. Oclusão balanceada lingualizada promoveu melhor eficiência mastigatória quando os participantes mastigaram grãos de café torrado e não foi observado diferença quando amêndoas foram mastigadas. Também não foi encontrada diferença significativa entre os esquemas oclusais utilizados em relação aos questionários aplicados.

1.1.2 Oclusão Guia Canino

Por mais de cem anos, o padrão de oclusão pelo canino foi evitado em próteses totais convencionais, já que resultaria em instabilidade da dentadura. Alguns autores têm questionado a validade da oclusão balanceada em virtude da perda de suas características durante a mastigação, visto a interposição dos alimentos entre as próteses (ROCHA et al., 2010).

Nesse esquema oclusal, nos movimentos laterais da mandíbula apenas os caninos entram em contato provocando uma desocclusão lateral dos dentes posteriores nos lados de trabalho e balanceio e em protrusiva ocorre a desocclusão dos posteriores pelos anteriores (MEDEIROS et al., 2009).

O guia canino pressupõe um padrão mastigatório vertical através do qual os caninos limitam o componente horizontal do movimento mandibular, seja diretamente, através do contato, seja indiretamente, através dos mecanismos de propriocepção. No que se refere às próteses totais bimaxilares, tem-se

recomendado o padrão de guia anterior como medida preventiva ao desenvolvimento de disfunções craniomandibulares, hiperatividade muscular, dores musculares, desordens articulares e reabsorção dos rebordos residuais. Essa recomendação se deve ao fato da atividade muscular, durante a parafunção, ser menor em pacientes portadores de próteses totais com guia anterior pelo canino do que naqueles cujo arranjo é o da oclusão balanceada bilateral (ROCHA et al., 2008).

Comparando os efeitos da oclusão guia canino e a balanceada bilateral sobre a satisfação dos usuários de próteses totais, verificou-se que o esquema oclusal não influenciou na satisfação dos pacientes (GOIATO, 2008).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, J. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010): prevalências e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, 2017.

SILVA, E. T ; OLIVEIRA, R. T ; LELES, C. R. O edentulismo no Brasil: epidemiologia, rede assistencial e produção de próteses pelo Sistema Único de Saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, v. 9, n. 3, 121-134, 2015.

COSTA, A. P. S da *et al.* Qualidade técnica e satisfação relacionadas às próteses totais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 453-460, 2013.

FROTA, P. L; BASTOS, P. L; DE FIGUEIREDO, V. M.G . Padrão de oclusão em prótese total. **Revista Bahiana de Odontologia**, v. 7, n. 1, p. 58-62, 2016.

GOIATO, M. C et al. Oclusão em Protese total. **Rev. Odontol. Araçatuba (Online)**, v. 29, n. 1, p. 60-64, 2008.

GOMES, J. M. F. **Princípios de oclusão ideal em diferentes tipos de reabilitação**. Mestrado Integrado em Medicina Dentária, 2012.

KAPUR, K. K.; SOMAN, S; STONE, K. The effect of denture factors on masticatory performance: Part I: Influence of denture base extension. **The Journal of prosthetic dentistry**, v. 15, n. 1, p. 54-64, 1965.

MEDEIROS, F. R. M. **Estudo clínico comparativo da função mastigatória em indivíduos portadores de próteses totais com oclusões balanceadas lingualizada e convencional**. 116 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araraquara, 2009.

ROCHA, D. B; BRASIL NETO, A. A. Padrões oclusais em próteses totais bimaxilares: guia canina x oclusão balanceada bilateral: revisão da literatura. **Rev Odont Univ Cidade São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 175-80, 2008.

TURANO, J. C.; TURANO, L. M. **Fundamentos de prótese total**. 9ed. Editora Santos, 2010.

4. Materiais de Prótese Dentária

Greyce Sassi Francio

Rodrigo Backes

Rudinei Paixão Stefini Junior

Orientador: Mateus Augusto Bon Ami Teixeira

Resumo

Segundo a Associação Americana das Escolas Odontológicas “prótese dentária é a ciência e a arte de prover substitutos convenientes para a porção coronária dos dentes ou para mais dentes perdidos e suas partes associadas, de maneira a restaurar as funções perdidas, a aparência, estética, conforto e saúde do paciente. “Muitos são os materiais utilizados durante a confecção de dispositivos reabilitadores intra orais, como metal, cerâmica, zircônia, resina acrílica, barras metálicas, materiais para moldagem dentre outros. A elaboração de próteses orais envolve procedimentos extremamente técnicos, aliando habilidades manuais, conceitos teóricos e tecnologia avançada como sistemas CAD-CAM e outros. Este capítulo tem por objetivo, demonstrar um breve histórico sobre a prótese odontológica e abordar de maneira direta os principais materiais e tecnologia utilizados em sua confecção.

Palavras chave: Materiais dentários; Prótese dentária; Reabilitação oral.

1 CONCEITOS HISTÓRICOS

Segundo Van Noort (1994), entre os anos de 1000 a 600 a.C, os povos do Oriente Médio se alimentavam com uma dieta basicamente de carne crua, peixes e pão de centeio. Porém, estes não eram considerados os melhores alimentos para a dentição humana, devido à possibilidade de não serem lavados corretamente poderiam conter grãos de areia, pedra e cascas que acarretam desgaste dos mesmos. Conseqüentemente, a perda dentária acompanhou a humanidade ao longo dos anos. Alguns casos curiosos podem ser citados, como o da rainha Elizabeth I, que ficou conhecida por cobrir seu rosto com um tecido a fim de esconder imperfeições dentárias.

No ano de 1844, um cirurgião dentista chamado *Horace Wells* idealizou métodos eficientes para realizar exodontias de dentes comprometidos funcionalmente. Um deles foi a introdução do óxido nitroso também chamado de “gás hilariante” que produzia um efeito anestésico no paciente.

No século XVIII, foi possível produzir modelos orais com o uso de cera. Esses eram utilizados como moldes para a confecção de próteses em marfim. Outro material muito utilizado nessa época foram dentes de cadáveres, que também funcionavam bem e conseguiam manter sua posição.

O número de pessoas que possuíam condições financeiras para obter uma prótese dentária esculpida em marfim ou porcelana era ínfimo. Associado a isso, outras técnicas foram desenvolvidas, as quais eram possíveis reproduzir as impressões bucais. Além disso, o marfim foi substituído pelo ouro, porém a fixação dos dentes utilizando o ouro era um processo difícil.

O início do século XX foi considerado a era da reabilitação dentária. Em 1938, cerca de 60% dos tratamentos odontológicos envolviam a reabilitação com próteses dentárias, caindo para 7% em 1976.



Figura 1. Prótese feita no século passado, por volta de 1910 ou 1915, os dentes são de porcelana pura e a estrutura feita de barro.

2 MATERIAIS DE PRÓTESE DENTÁRIA.

2.1 Materiais de moldagem:

São materiais utilizados na elaboração de uma prótese dentária que visam obter uma reprodução negativa dos dentes ou rebordos alveolares, usando materiais e técnicas adequadas. Após a polimerização do material e remoção da moldeira da boca tem-se o molde que é vazado em gesso ou revestimento para modelos, para a obtenção dos modelos de trabalho.

2.1.1. Classificação dos materiais de moldagem

a) De acordo com a sua forma de presa:

Reversíveis: significa que o material amolece sob calor e se solidifica quando resfriado, sem que nenhuma alteração química ocorra. Ex: agar e godiva

Irreversíveis: implica a ocorrência de uma reação química, assim o material não pode reverter ao seu estado inicial. Ex: alginato, óxido de zinco e eugenol (OZE), gessos.

b) De acordo com seu emprego e utilização:

Anelástico: Materiais que se tornam de tal forma rígidos após a presa, que não podem ser removidos de áreas retentivas sem fraturar ou distorcer o molde. Ex: godiva.

Mucoestáticos: Matérias que não comprimem os tecidos durante seu assentamento na boca Ex: gesso Paris e pasta zincoenólica.

Elásticos: São materiais capazes de reproduzir com precisão de detalhes, ambas as estruturas intraorais (tecidos moles e duros), incluindo áreas retentivas e espaços inter proximais.

Classificação dos materiais dentários de moldagem		
Aplicações ou Propriedades Mecânicas		
Mecanismo de Presa	Rígidos ou Anelásticos (bocas edêntulas)	Elásticos (com dentes naturais)
Por reação química (irreversível)	Gesso Paris ZOE	Alginatos Elastômeros não – aquosos Polissulfetos Poliéteres Siliconas de condensação Silicones de adição



Tabela 1. Classificação dos materiais de moldagem

Por Alterações de Temperatura (reversível)	Godivas e Ceras	Agar
--	-----------------	------



Figura 3. Silicone de condensação. Elastômero.

2.2 Produtos à base de Gesso

É um material utilizado principalmente para obtenção de modelos de estudo e modelos de trabalho, também pode ser usado para a fixação de modelos no articulador e preenchimento de mufas, além de ser aglutinante em revestimentos refratários.

2.2.1 . Tipos de gesso

a) Gesso tipo I (ou gesso para moldagem).

É semelhante ao gesso tipo II, exceto pelo acréscimo de amido em sua composição, pouco usado na odontologia atualmente.

b) Gesso tipo II (comum ou paris).

Recomenda-se seu uso para modelos de estudo e modelos para moldeiras de clareamento, que não requerem tanta precisão e resistência para o modelo. Em alguns casos, pode ser utilizado no preenchimento de mufas para a acrilização da prótese total.

c) Gesso tipo III (pedra).

Este é utilizado para confecção de trabalhos que requerem maior fidelidade que o gesso comum. Pode ser utilizado para elaboração de próteses parciais removíveis, moldeiras individuais e próteses totais que se ajustam aos tecidos moles.

d) Gesso tipo IV (especial, pedra melhorado ou gesso pedra de alta resistência e baixa expansão).

Tal material é indicado para modelos que necessitam uma maior resistência a impactos e desgastes. Pode ser utilizados para a elaboração de próteses parciais fixas, troquéis. Sua dureza aumenta mais rapidamente que a resistência a compressão. Devido a essas características, a superfície resiste mais a abrasão, enquanto o corpo do troquel tem menos risco de sofrer uma fratura acidental.

e) Gesso tipo V (especial de alta resistência e alta expansão)

Sua resistência é superior à do gesso tipo IV, este, aumento é obtido através da diminuição da relação entre água e pó. Pode ser utilizado em casos em que a peça protética será constituída por uma liga metálica de alta temperatura de fusão , a qual , contrai muito ao esfriar.

2.2.2. Proporção

Como a resistência é indiretamente proporcional à relação água; pó, é muito importante manter a quantidade de água tão baixa quanto possível. Entretanto, ela não deve ser tão baixa ao ponto de impedir a mistura de escoar por todos os detalhes do molde. A água e o pó devem ser medidos usando-se dispositivos cilíndricos graduados para o volume da água e uma balança para o pó, seguindo orientações de cada fabricante

2.2.3. Manipulação

Para espatulação manual, a cuba deve ter uma forma parabólica, lisa e resistente à abrasão. A espátula deve possuir uma lâmina resistente e um cabo que permita segurá-lo. A entrada de ar na mistura deve ser evitada para impedir o aparecimento de porosidades que diminuem a resistência e produzem superfícies sem precisão. O uso de um vibrador automático, de alta frequência e baixa amplitude, é muito útil. A medida de quantidade de água é feita na cuba, e o pó é devidamente pesado e espargido sobre a água. A mistura é então vigorosamente espatulada, com as manipulações periódicas no interior da cuba com a espátula para assegurar o molhamento de todo o pó e quebrar qualquer aglomerado, ou nódulos. Esta manipulação deve ser continuada até que se obtenha uma mistura homogênea, e isto acontece no período de um minuto. Espatulações longas reduzem drasticamente o tempo de trabalho, particularmente para o vazamento dos modelos.

2.2.4. Vazamento De Modelo

Em todos os materiais de moldagem, devemos efetuar o vazamento de gesso imediatamente para evitar alterações dimensionais, principalmente os hidrocolóides, visando obter um modelo de gesso adequado para trabalho ou estudo. Em moldagem à base de borracha ou silicone, usar agente eliminador de tensão superficial (antibolhas, secar a moldagem e vazar o gesso com o auxílio de pincel e vibrador mecânico para evitar bolhas, e devemos sempre usar a relação água e pó que o fabricante do material indica.

TIPOS DE GESSO



Figura 4. Modelo de gesso.
www.google.imagens.com



Figura 5. Tipos de gesso odontológicos.
www.google.imagens.com

3 INSTRUMENTAIS

No dia-a-dia dentro de um laboratório vários instrumentais são utilizados, alguns deles são:

3.1. Materiais para manipulação de gesso

Gesso (tipos I, II, III, IV e V), cubeta (graal de borracha), espátula de gesso, faca de gesso, moldeira metálica ou plástica, vibrador, recortador de gesso à seco ou molhado, espatuladora à vácuo.



Figura 6. Espátula para manipulação de gesso.
www.google.imagens.com



Figura 8. Vibrador de gesso.
www.google.imagens.com



3. 2 Materiais para confecção e acrilização de prótese total

Espátula nº 7, espátula nº 31, espátula *lecron*, holleback, cera nº 7, cera nº 9,

lâmpada à álcool
autopolimerizável, li-
scova de pelos par

lâmpada de *Hannau*

vaselina sólida, acrílico
cada, brocas, pote Dappen,



Figura 9. Cera odontológica
www.google.imagens.com/ceraodontologica



Figura 10. Resina Acrílica
www.google.imagens.com/resinaacrilica



Figura 11. Prótese total encerada.
Arquivo próprio

3.3. Materiais para enceramento diagnóstico

Cera para escultura, gotejador manual ou elétrico, lamparina à álcool se necessário, escova dental.



Figura 13. Cera odontológica.
www.google.imagens.com/cera



Figura 14. Pingador Elétrico
www.google.imagens.com

4 ARTICULADORES

Os articuladores são instrumentos mecânicos que reproduzem a oclusão do paciente, assim necessitamos esse tipo de instrumento para realizar alguns tipos de trabalhos, como uma prótese total. O articulador auxilia no movimento mandibular auxiliando o protético em seu trabalho assim podendo substituir parte anatômicas por partes mecânicas tendo os movimentos fisiológicos.

4.1 Tipos de articuladores

a) Articulador não-ajustável (charneira):

Esse articulador só reproduz o movimento de abrir e fechar a boca.

b) Articulador semi-ajustável (ASA):

Este articulador é o mais usado e complexo, reproduz os movimentos mandibulares sendo possível o restabelecimento de um padrão de oclusão ideal.



Figura 15. Articular tipo Charneira.
www.google.imagens.com

5 USO DE TECNOLOGIA EM PRÓTESE DENTÁRIA.

Considerada por muitos especialistas o “motor” do crescimento econômico de nosso país e de todo o mundo, a tecnologia atua como forma de modernizar e aumentar a competitividade das economias. No cenário atual marcado principalmente pela globalização dos mercados e uma forte concorrência, nota-se a perda dos trabalhos manuais e o advento de computadores, softwares avançados. A cada ano que passa a tecnologia se alia à prótese dentária trazendo melhorias tanto para o profissional que trabalha nessa área como para os pacientes, que cada vez mais estão adquirindo conhecimento destes trabalhos. Alguns exemplos são: CAD-CAM, impressora 3D, scanners intra orais, tomografias de alta precisão, prototipagem e radiografias digitais.

5.1. Cerâmicas odontológicas.

5.1.1 Lente de contato dental

São trabalhos estéticos onde se cobre apenas a face vestibular dos dentes. Atualmente, o material mais utilizado é o dissilicato de lítio, muito mais resistente que as porcelanas tradicionais. Devido à resistência desse material podem ser confeccionadas “facetadas” vestibulares em várias espessuras, inclusive extremamente finas. As lentes de contato dentais são indicadas para pacientes que possuem dentes com formato inadequado, cor indesejada, tamanho irregular ou para correção da posição dos dentes.



Figura 16. Articular Semi Ajustável.
www.google.imagens.com

5.2 Sistema CAD/CAM

Entre as diversas técnicas para a confecção de restaurações cerâmicas a mais moderna e promissora é a que utiliza o sistema CAD CAM (do inglês Computer Aided Design/Computer Aided Manufacturing) - Desenho Auxiliado por Computador/Manufatura Auxiliada por Computador. Esta tecnologia muito utilizada na indústria, foi introduzida na Odontologia em 1971, assim, desenvolvendo a automatização no processo de fabricação de restaurações indiretas, com maior qualidade e rapidez. Tal tecnologia, é constituída por um componente capaz de digitalizar um objeto, permitindo que uma estrutura seja projetada sobre ele com a ajuda de um software e por uma unidade de usinagem, onde um bloco cerâmico é fresado reproduzindo o objeto projetado. Além disso, este sistema aceita uma variedade de materiais, tais como: zircônia, cerâmica feldspática, dissilicato de lítio, PMMA para provisórios e calcinável, cerâmicas híbridas, metal pré-sinterizado, o que possibilita que os profissionais possam oferecer aos seus pacientes valores que caibam em seu orçamento.

Em pouco mais de 30 anos , mais de 8 milhões de pessoas foram tratadas com o sistema CAD-CAM e mais de 20 milhões de próteses e restaurações foram elaboradas. Esta automatização aperfeiçou o trabalho do cirurgião dentista e do protético, diminuindo confecção manual, eliminando falhas que ocorriam no trabalho, diminuindo o desconforto do paciente e aumentando a durabilidade das próteses.)

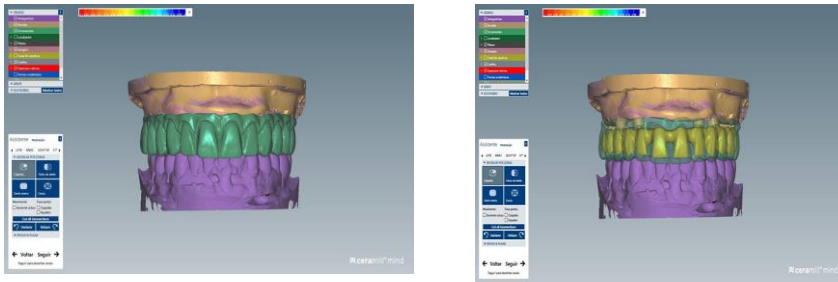


Figura 18. Máquina CAD-CAM
<https://cerecvocepode.com.br/o-que-e-cadcam/>

5.3 Impressora 3D

Nos últimos tempos a maioria dos laboratórios de prótese vem aderindo ao sistema de impressão de modelos de trabalho digital. Hoje, o programa virtual possui biblioteca dos dentes, podendo assim escolher a forma que mais se adapta ao paciente. O primeiro passo para criar uma prótese dentária em resina e impressão 3D é realizado um escaneamento intra oral, com um scanner 3D. Dessa maneira, a boca do paciente será mapeada para obtenção de um modelo visual, o que possibilitará a visualização dos dentes no software. Essa técnica faz uma análise de um objeto real e o transforma em uma versão digital, sendo possível criar o produto ou solução pretendida. Uma impressora será a responsável por realizar o trabalho; assim laboratórios dentários podem diminuir a fabricação manual e expandir para a tecnologia. Existem duas formas de impressão: aquela feita em resina calcinável e a direta.

A impressão feita em resina calcinável consiste na produção de um modelo para obter a peça final. A primeira versão é impressa e usada para desenvolver o molde por injeção. Já a impressão direta é realizada sem muitas

etapas utilizando a impressora 3D e o material desejado. Podem ser escolhidos materiais como filamento ABS ou a resina.

Tal processo é muito rápido se comparado às produções atuais, levando até dois dias. Após a impressão da peça e tendo ela tangível em mãos, pode ser realizado o acabamento.



Figuras 21 e 22. Impressora 3D e modelo obtido por meio de escaneamento intra oral e impressão 3D. Acervo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANUSAVICE, K. J. Phillips materiais dentários, 10 ed., Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1998. 412 p. 2. •

CADALFACH, G.E. et al. Manual clínico de prótese fixa. São Paulo: Santos, 1999.144p.

KAISER,F. PPR no laboratório. Curitiba: Maio.2000. 277p.

KLIEMANN, C. M. Manual de Prótese parcial removível. São Paulo. 1975.

MCGIVNEY, G.P. et al. Prótese Parcial de McCracken. 8.ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1994. 330p.MEZZOMO, E. Reabilitação oral contemporânea. 1.ed. São Paulo: Santos. 2006. 873p.

MIRANDA, C.C. Preparo e moldagem em prótese unitária. São Paulo: Artes Médicas. 1999. 379p.SAITO, T. Preparos dentais funcionais em prótese fixa. São Paulo: Santos. 1999. 223p.

SCHILLINGBURG, H.T. et al Fundamentos de prótese fixa. 3.ed.São Paulo: Quintessence. 1986. 340p.TODESCAN, R. et al. Atlas de prótese parcial removível. São Paulo: Santos, 1995, 119p.

VAN NOORT, R. Introduction to dental materials. London, Mosby, 1994. 236 p. 3. •

WISKOTT HWA, NICHOLLS JI, BELSER UC., Stress fatigue: Basic principles and prosthodontic applications. Int. J. Prosthodont., v.8, n.2, p.105- 116, 1995

ZANETTI, A.L.; LAGANÁ, D.C. Planejamento: Prótese parcial removível. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 1996. 147p

5. PROTESE DENTÁRIA - INÍCIO E EVOLUÇÃO

Bruna Ritchely Henn
Jefferson Rodrigues dos Santos
Patricia Jaqueline Aparecida Trindade
Sandro Cezar Senhem
Orientadora: Thayná Nathally Petry de Paula.

Resumo

A ciência está presente na história do homem desde o começo dos tempos, acompanhando e gerando mudanças e evoluções. Não há relatos documentais específicos sobre a origem da odontologia, entretanto, descobertas arqueológicas dão luz que remontam aos nossos primeiros antepassados. A necessidade de tratamento para enfermidades dentárias teve início em tempos remotos, isso fez com que alguns artesãos e ourives se especializassem na arte dental, mais especificamente na prótese dentária, que nada mais é que a reposição de dentes e tecidos bucais, buscando manter a aparência e saúde bucal.

1 CONTEXTOS HISTÓRICOS DA PRÓTESE DENTÁRIA

Na idade média, as condições de higiene eram precárias, e isso, conseqüentemente, afetava a saúde bucal. A princípio, recolocavam-se os próprios dentes avulsos, com o intuito de recuperá-los. Logo, sabendo que a dentição é fundamental para a alimentação, a digestão e a estética, as primeiras civilizações buscaram desenvolver tentativas na reabilitação dentária através de dentes postiços, com o uso de ouro, madeira, ossos de animais, e até mesmo dentes de cadáveres, a fim de substituir o dente perdido por algum elemento similar.

Há relatos de que as primeiras próteses foram confeccionadas em meados do século IV e V, por povos como os Romanos, Japoneses, Egípcios, Fenícios e Maias. Pela falta de conhecimento e estruturas, acabavam combinando os dentes naturais com os seus eventuais substitutos, fixando-os uns nos outros com fios de ouro ou lâminas mais espessas as quais podiam ser fixas ou removíveis.



<https://egito-nifertiti.blogspot.com/2012/01/dentistas-no-antigo-egito.html>



<https://br.pinterest.com/pin/381891243378455464>



<https://oglobo.globo.com/sociedade/historia/descoberta-na-italia-mais-antiga-protese-dentaria-conhecida-20488082>

1.1 Japoneses - Próteses De Madeira

Já no século VIII, foram desenvolvidas as primeiras próteses de madeira pelos Japoneses. Eles normalmente utilizavam talhos de árvores de aroma doce, como a cerejeira ou damasco.



<http://davelowe.blogspot.com/2009/07/july-4th-meets-october-31st.html>

Com o passar do tempo, foram sendo cada vez mais aperfeiçoados os métodos e até mesmo os materiais para a confecção dessas próteses.

1.2 As Primeiras Próteses De Porcelana

No século XIX, Alexis Duchâteau, um farmacêutico parisiense, constatou que as matérias primas utilizadas para a confecção das próteses, como por exemplo o marfim, não eram os mais adequados nem duráveis; com isso, em uma fábrica de cerâmica experimentou fabricar a primeira prótese à base deste material. Entretanto, por não ter a técnica adequada associou-se a Nicolas Dubois de Chémant que era especialista na arte dental. Juntos

alcançaram êxito para a confecção da primeira prótese totalmente de porcelana o que representou um grande avanço para a odontologia, pois, se comparada às primeiras próteses, aquelas eram confeccionadas com materiais orgânicos, que acabavam absorvendo cores e odores, além de deteriorar e desintegrar-se na boca. Por sua vez, as próteses de porcelana possuíam a vantagem de não absorverem cores, odores, sabores, ou quaisquer outros problemas recorrentes. Contudo estas ainda não eram perfeitas, pois em seu processo de confecção eram cozidas, e isso acabava gerando algum tipo de danificação, como por exemplo, encolhimento, deformação, ou até mesmo uma distorção.



<https://janeaustensworld.wordpress.com/2013/01/30/false-teeth-in-the-18th-century/>

Durante este mesmo século, em 1808, Giussepangelo Fonzi desenvolveu uma técnica que tornou possível as próteses modernas. Fonzi criou a técnica que introduzia um cravo de platina em cada dente antes de seu processo de cozimento, assim evitando qualquer tipo de danificação durante a sua confecção, em seguida esse cravo era soldado à base da prótese.



<http://reabilitaoral.blogspot.com/2011/04/historia-da-odontologia.html>

Por volta do ano de 1837, Claudius Ash, introduziu o “o dente de tubo”, cada dente possuía orifício através do qual, após o cozimento era fixado na base da dentadura. Esse tipo de confecção foi muito aceito para o uso em pontes, e também para as próteses totais.



<http://broughttolife.sciencemuseum.org.uk/broughttolife/objects/display?id=92414>



<http://www.ptcdental.com/dentaldictionary/t/tube-tooth/>

Algum tempo depois, em 1851, John Allen, de Cincinnati, criou os “dentes de gengiva contínua”; prótese que consistia em dois ou três dentes de porcelana fundidos em um pequeno bloco desse mesmo material esmaltado na cor da gengiva. Esses blocos poderiam ser fixados na base da dentadura segundo a necessidade do paciente.



<http://www.lecareodontoprotese.com.br/sao-paulo/dicas-novidades-conteudo/1409/a-historia-da-protese-dentaria>

2 PRÓTESE SOBRE IMPLANTE - COMO SURTIU?

2.1 A Descoberta do Titânio

Na década de 50, o professor Per-Ingvar Branemark desenvolveu o implante a base de titânio, e concluiu que este material, diferente de outros, possibilitava a osseointegração. Com essa descoberta, houve uma melhoria nos implantes, subindo para até 95% a taxa de sucessos dos casos de pacientes implantados. Atualmente, os problemas mais comuns nos implantes ocorrem de formas individuais, como por exemplo, a má higienização que pode levar a doenças periodontais.

Antes de Branemark chegar a essa conclusão, os implantes eram muitas vezes rejeitados, pois as suas matérias primas eram a base de compostos metálicos, que normalmente geravam uma infecção, atrapalhando a reconstituição das funções bucais, como por exemplo, a mastigação



<https://implantarebahia.com.br/2017/06/05/origem-dos-implantes-dentarios>



<http://dicasodontologo.com.br/2013/09/11/implante-dentario/>

2.2 Primeiro Implante a Base de Titânio

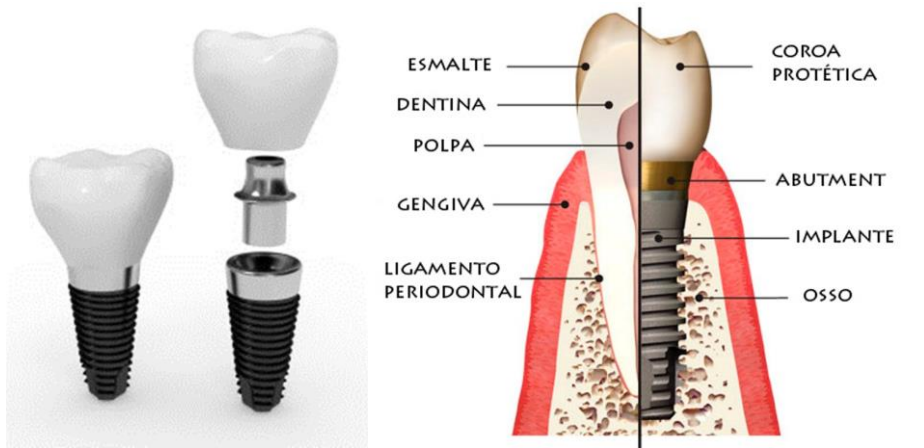
No ano de 1965, o Dr. Branermark realizou o seu primeiro implante dental de titânio. Seu paciente Gösta Larsson de Gothenburg era invalido a nível oral, pois possuía uma fenda palatina, malformações na mandíbula e edêntulo na arcada inferior. Gothenburg recebeu quatro implantes de titânio, o que mudou sua vida radicalmente.



<http://www.inpn.com.br/Materia/Index/131978>

O implante consiste em um pino de titânio, que é inserido na maxila ou mandíbula, e que se comporta como uma raiz dentária artificial. Esse pino possui roscas, tornando o processo de osseointegração mais ágil.





<http://dicasodonto.com.br/2013/09/11/implante-dentario/>

No início, esse tipo de procedimento cirúrgico levava cerca de seis horas para ser realizado, e normalmente eram feitos em hospitais e os pacientes necessitavam de anestesia geral. Atualmente esse procedimento tornou-se mais simples; com apenas duas horas de cirurgia, e necessitando somente de uma anestesia local, o paciente pode receber seu implante dentro de um consultório odontológico, obtendo o mesmo resultado.

2.3 Tipos de Implantes Dentários

Existem dois tipos de prótese sobre implante: a fixa e a removível.

A prótese fixa é parafusada sobre o implante, e é apenas removida pelo dentista. Nesse caso, é necessário que o paciente visite o seu dentista regularmente de seis em seis meses, para realizar uma limpeza.



<https://gshow.globo.com/RBS-TV-SC/especial-publicitario/ciipo/noticia/o-fim-da-dentadura-e-das-proteses-dentarias-moveis.ghtml>

Já a prótese removível, o próprio paciente pode retirar para realizar a sua higienização.



<https://implantemaster.com.br/implante-dentario-overdeture/>

A prótese sobre implante tem como finalidade corresponder às expectativas de pacientes que desejam recuperar a capacidade de mastigação, além de devolver para cada um a satisfação estética, pois são muito semelhantes aos dentes naturais.

3 CONCLUSÃO

Como visto, a história da odontologia está diretamente ligada à da humanidade. A constante procura pelo bem estar, levou o homem desenvolver as mais elaboradas técnicas que facilitaram o seu estilo de vida, não sendo diferente com a odontologia.

Nos primórdios as técnicas e materiais usados eram rústicos, o que causava constantes problemas para os pacientes. Acompanhando as novas descobertas e tecnologias, os outrora artesões e ourives passaram a se especializar no cuidado da saúde bucal.

Esse acompanhamento se deu de forma tão próxima que as principais técnicas desenvolvidas aconteceram justamente na época da revolução industrial, com a utilização da porcelana para adaptações protéticas, e a tecnológica com a surpreendente descoberta da biocompatibilidade do titânio.

Nota-se, portanto, que com o avanço do conhecimento, os procedimentos passaram a ser cada vez mais eficazes. Fazendo parte dessa tão longa e árdua história de criação, invenção, evidenciação, nos restas como profissionais da área que tem o dom de transformar sorrisos, devolvendo a auto estima, através de uma melhor mastigação e até mesmo estética dos pacientes, inspirados pelos nossos precursores, buscar desenvolver e até mesmo aprimorar as tecnologias as quais nos foram instruídas.



<https://conceito.de/protese-dentaria>



<http://rafaelrighi.com.br/odonto/protese/protese-no-dente/>



<https://www.centrodecirurgiaoral.com.br/implantodontia-arte-de-reconstruir-sorrisos/>



<http://luisgustavoleite.com.br/blog/protese-dentaria-protocolo/>

6. PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL

**Eduarda Marcondes Pinheiro
Fabiula dos Reis
Jacqueline Gaspar Capelão
Rosilene Rosa da Silva
Silvério Petronilho Netto
Orientador: Vagner Rodrigues Alcides**

Resumo

Próteses parciais removíveis são aparelhos protéticos que têm a finalidade de substituir, funcional ou esteticamente os dentes naturais ausentes em pacientes parcialmente desdentados, e que podem ser removidas e posicionadas na boca, sempre que necessário, sem causar danos à estrutura ou aos elementos biológicos com os quais se relacionam diretamente – dentes pilares e rebordo residual.

1 PARCIAL REMOVÍVEL

As PPRs tem o objetivo de restaurar a eficiência mastigatória, restaurar a fonética, restabelecer a estética, proporcionar conforto ao paciente, integrar-se ao sistema estomatognático e também preservar os tecidos remanescentes.

Pode ser indicadas para variados casos, assim como: extremidades livres uni ou bilaterais – ausência de suporte posterior, espaços protéticos múltiplos - dentes de suporte bem implantados, rebordos alveolares saudáveis, relações oclusais normais, dentes de suporte bem distribuídos e grandes espaços protéticos.

Também quando bem planejadas podem ser indicadas como prótese anterior com reabsorção óssea extensa – PPR devolve ao paciente suporte para o lábio. Como próteses temporárias e orientadores nas reabilitações complexas. – são utilizadas em caráter temporário até que as reabilitações definitivas estejam prontas. Nesse caso são contraindicadas como terapêutica definitiva por que não proporcionam suporte vertical adequado. Como meios de ferulização ou contenção de dentes com mobilidade. Como auxiliar nas contenções de fraturas maxilares. Em pacientes com fissura palatina Em odontopediatria – mantenedores de espaço. Pacientes com higienização adequada. Dentes com suporte periodontal reduzido. Perda óssea excessiva. Necessidade de substituição imediata de dente. Período de ósseo-integração de implantes.

As próteses parciais removíveis apresentam algumas contraindicações, sendo estas: baixa resistência à cárie dentária e a doença periodontal, xerostomia, microbiota específica alta, saliva com pequeno efeito tampão, falta de coordenação motora.

2 CONDIÇÕES GERAIS PARA O BOM FUNCIONAMENTO DE UMA PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL

Possuir um eixo de inserção direto, fácil e perpendicular ao plano de oclusão são condições para o bom funcionamento de uma PPR.

O respeito aos princípios biomecânicos são determinantes para o sucesso dos trabalhos de confecção de PPR. O bom funcionamento da peça protética passa pela observância de três principais princípios.

A *Retenção* age na resistência as forças que atuam sobre uma prótese no sentido serviço – oclusal. O *Suporte* atua na resistência as forças que atuam sobre uma prótese no sentido ocluso – cervical. A *Estabilidade* funciona na resistência as forças que atuam sobre uma prótese no plano horizontal.

Princípios que visam a estabilidade e retenção de modo a proporcionar um funcionamento adequado durante a mastigação, fala e o repouso. Objetivos que quando alcançados também protegem, conservam e reforçam os dentes pilares.

3 INDICAÇÕES DA PPR

Um aparelho protético dentário parcial visa substituir dentes naturais perdidos na maxila e mandíbula, nas quais ainda permanecem alguns dentes naturais, ou seja, onde há perda parcial de dentes.

Os trabalhos em PPR apresentam vantagens e também limitações. A indicação deste tipo de trabalho pode ter como objetivo:

- Reposição de alguns dentes num quadrante ou nos dois quadrantes da mesma arcada.
- Servir como prótese provisória para repor dentes perdidos em odontopediatria.
- Repor dentes que faltam em pacientes que não toleram tratamentos longos como os de prótese fixa ou implantes.
- Servir de tala de suporte a dentes periodontalmente envolvidos.
- Questões financeiras, as próteses removíveis são, em maioria, mais acessíveis que os tratamentos fixos.
- Em caso de excessiva perda óssea, onde a colocação da prótese fixa ou implantes, estão comprometidos.
- Como provisórias, em pacientes com extrações recentes e pacientes em tratamentos que requerem osseointegração.

4 REQUISITOS PARA O MATERIAL IDEAL NA CONFECÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS

O desenvolvimento tecnológico possibilitou a introdução de diversos materiais dentários. Frente a múltiplas opções de materiais e de procedimentos técnicos, o profissional em prótese dentária se depara com inúmeras situações na confecção de peças protéticas. Os requisitos biológicos, mecânicos e estéticos de cada caso, o conhecimento e a experiência do profissional, além do bom senso, influenciam na escolha ideal. Alguns requisitos ideais devem estar presentes em materiais para a confecção da prótese dentária:

- Aspecto natural
- Alta resistência, rigidez, dureza e tenacidade
- Estabilidade dimensional
- Ausência de odor, gosto ou produtos tóxicos
- Resistente a absorção de fluidos orais
- Boa retenção com polímeros, porcelanas e metais
- Reparo fácil
- Boa vida útil
- Fácil manipulação
- Baixa densidade
- Reprodução exata dos detalhes superficiais

- Resistência ao crescimento bacteriano
- Boa condutividade térmica
- Radiopaco
- Limpeza fácil
- Preço acessível

5 TIPOS DE PRÓTESES REMOVÍVEIS

- Próteses Parciais



As próteses acrílicas são os tipos mais comuns de próteses produzidas, tanto para desdentados parciais ou totais.

Por regra geral utilizam ligas como material para sua construção com bases de cobalto, por estas serem compatíveis com os tecidos e resistentes a corrosão. Estudos dão conta que as ligas de cromo cobalto foram introduzidas no mundo das próteses dentárias em 1930, substituindo as ligas de ouro devido a seu custo mais baixo.

- Prótese Removível Flexível

Para melhor adaptação do paciente desenvolveu-se a prótese parcial flexível, ainda recente no mundo da prótese.

O seu custo é relativamente mais elevado em comparação com as convencionais, devido ao tipo de material utilizado e as necessidades para sua confecção, não substituindo as próteses convencionais. Seu material é derivado do óleo de mamona, esta matéria-prima é um bio-polímero 100% natural, usado recorrentemente para uso medicinal, odontológico e veterinário. Este material é composto por uma cadeia de polímero estável que não contém monômeros, isto é, não é efetuada pela mistura dos dois materiais como o acrílico, por conseguinte, não libertam componentes reativos após sofrer polimerização. Então descarta-se completamente qualquer tipo de reação alérgica, como a exemplo, a estomatite protética.



6 CONCLUSÃO

Diante das pesquisas elaboradas para o presente trabalho, denota-se que as próteses parciais removíveis apresentam-se como reabilitadores artificiais de grande versatilidade na reabilitação bucal.

A peças protéticas necessitam de uma planificação bastante exata desde o planejamento e avaliação da sua estrutura e construção, iniciando pelo desenho da prótese sendo considerada sua estabilidade, estética e garantia de cuidado e tratamento da dentição existente para restabelecer e devolver a função mastigatória e de dicção ao paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Modaffore, P. et al (2010). O que devemos enviar ao laboratório para confecção de uma boa prótese parcial removível. *Jornal brasileiro de clínica e estética em odontologia*, 4 (24), pp.77-81.

Oliveira, L. F.; et al (2009). Associação da Prótese Parcial Removível em Prótese Fixa: uma revisão de literatura. *Odontologia Clínica Científica*, 8(4) pp. 305-307.

Souza, M., (2008). Manual de Prótese Parcial Removível. Disponível em , consultado em [14/8/14].

Turano, J. Turano, L. (2004). Fundamentos de Prótese Total. São Paulo, Editora Santos.

Parvizi, A. et al (2004). Comparison of the dimensional accuracy of injectionmolded denture base materials to that of conventional pressure-pack acrylic resin. *Journal Prosthodont*, 13 (2), pp.83-89.

7 OCLUSÕES DENTÁRIA

JOÃO VITOR GREGOLON CEZARIO DOS SANTOS
JONEI PEDRO ZUK
MAYARA CAROLINE DA SILVA RODRIGUES
VALDECIR DE OLIVEIRA
Orientador: Claudir Rodrigues dos Santos

RESUMO

Segundo o dicionário Aurélio a palavra oclusão significa "ato de fechar". A oclusão dentária é o contato dos dentes superiores com os inferiores ao fechar a boca. Em uma oclusão dentária normal, o arco dentário superior deve cobrir ligeiramente o inferior, assim encaixam-se perfeitamente. Para que isso ocorra, é necessário que os dentes não estejam desalinhados, tortos ou com espaços entre si.

1 MÁ OCLUSÃO DENTÁRIA

A má oclusão dentária ocorre quando há algum tipo de alteração na estrutura das mandíbulas, afetando os dentes, gengivas, ossos, músculos, ligamentos e articulações.

Existem inúmeras causas para a má oclusão dentária. Algumas estão relacionadas à hábitos da infância, como, chupar chupeta, chupar o dedo e fazer uso de mamadeira. Outras causas relacionam-se à problemas respiratórios e alterações funcionais, por exemplo, adenoide, rinite, deglutição atípica e problemas de nascença. Além dessas, a perda de dentes ou traumas sofridos podem ser responsáveis pela má oclusão.



Figura 1 - Oclusão dentária normal

SARNI (2016) elenca tipos de mordidas erradas, geradas a partir da má oclusão dentária, esses serão discorridos nos tópicos a seguir.

1.1. PROGNATISMO

O prognatismo é caracterizado pelo excesso de crescimento mandibular (arcada inferior) em relação à maxila (arcada superior), SARNI (2016).



Figura 2 - Prognatismo

Essa anomalia altera a harmonia do rosto, causando deformidades faciais; o lábio inferior é maior e mais avançado que o superior e o queixo mais proeminente e volumoso. Essas alterações impedem o correto encaixe dos dentes, atrapalham a respiração, o modo de falar e a mastigação. Além disso, o Prognatismo impacta a autoestima de quem é acometido por ele.

1.2. Retrognatismo

SARNI (2016) destaca que no retrognatismo o maxilar superior é maior e mais avançado em relação à mandíbula. Tal projeção diminui a abertura das vias aéreas na região da faringe, causando distúrbios como a apneia do sono. É comum que a pessoa retrognata durma com a boca aberta, ronque e passe o dia todo cansada, como se faltassem noites de sono. Além disso, o portador desse distúrbio possui dificuldades para mastigar.



Figura 3 - Retrognatismo

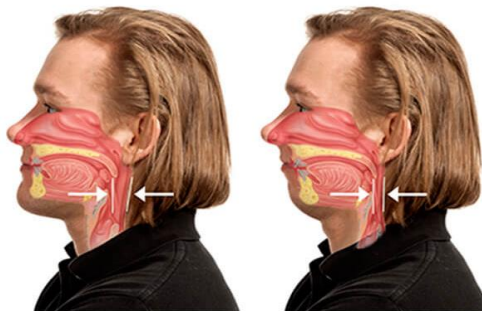


Figura 4 - Redução da faringe

1.3. Apinhamento

Segundo OLIVERIRA (2017), o apinhamento dental é comumente conhecido como “dentes tortos ou encavalados”. Essa anomalia acontece em decorrência de um espaço muito pequeno para a acomodação de todos os dentes, gerando problemas na mordida, desalinhamentos e dores nos mesmos.

Na maior parte dos casos, o apinhamento, ocorre em função de um fator hereditário, que determina o tamanho dos dentes e dos maxilares. Em outra situação, os dentes do siso não possuem espaço para nascer, assim, “empurram” os demais dentes levando à anomalia.



Figura 5 - Apinhamento

1.4. Diastema

Conforme SARNI (2016), a diastema ocorre quando há um espaço extra entre um ou mais dentes. É uma condição mais comum nos dentes frontais superiores. Na maioria das vezes a anomalia gera desconforto estético, mas pode causar distúrbios fonéticos (normalmente em crianças).

Os indivíduos que possuem diastema nos dentes responsáveis pela mastigação, no fundo da boca, podem apresentar alguns problemas de saúde bucal, já que restos de alimentos se acumulam facilmente nesses espaços, podendo provocar inflamações na gengiva. Portanto demandam cuidado na escovação e uso contínuo de fio dental.



Figura 6 - Diastema

1.5. Mordida Profunda

STRACCIA (2015) afirma que a mordida profunda está entre os problemas de mordidas que mais comprometem a estética facial. Ela é praticamente a sobreposição completa dos dentes anteriores superiores sobre os dentes anteriores inferiores. As margens dos dentes inferiores podem realmente morder o tecido gengival do palato superior, causando danos severos à gengiva. A mordida profunda pode causar muitas dores de cabeça e na região mandibular.



Figura 7 - Mordida profunda

1.6. Mordida Aberta

VILLA (2018), diz que a mordida aberta é caracterizada pela falta de contato dos dentes superiores com os inferiores em um determinado segmento da arcada, assim, não há a oclusão correta. Essa anomalia ocorre, principalmente, nos dentes da frente.



Figura 8 - Mordida aberta

Esse tipo de mordida é associado a algum hábito, como chupar o dedo ou a chupeta, colocar frequentemente a língua entre os dentes da frente e respiração bucal. Tal deformação causa problemas na alimentação, selagem labial, dificuldades fonéticas e respiração inadequada.



Figura 9 - Causas da mordida aberta

2 CONCLUSÃO

Para a oclusão dentária ser considerada normal, é necessário que o arco dentário superior encubra ligeiramente o inferior, encaixando-se perfeitamente, sem dentes desalinhados, tortos ou com espaços entre si

É extremamente comum as pessoas possuírem algum defeito, mesmo leve, na oclusão dentária. Essas deformidades são geradas a partir de traumas sofridos e perda de dentes, portanto deve-se buscar auxílio de um especialista para corrigir o problema rapidamente. Outras situações, que levam à má oclusão, estão relacionadas à hábitos adquiridos principalmente na infância, como, chupar chupeta, dedo e mamadeira. Portanto, é necessário que os pais estejam atentos e previnam essas anomalias, cortando os hábitos acima citados, até os 03 anos de idade.

Contudo, o avanço atual da ciência permite que a má oclusão seja tratada e corrigida, a partir de aparelhos ortodonticos ou cirurgias. Isso contribui redução dos problemas de saúde e elevação da autoestima, gerando maior qualidade de vida aos indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CLINICA ELEVE. A apneia e o retrognatismo. Disponível em:

<<http://clinicaeleve.com.br/bear-claw-candy-biscuit/>>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

COMPASS. Diastema: a causa dos dentes separados e as possíveis soluções.

Disponível em: <<https://compass3d.com.br/diastema-a-causa-dos-dentes-separados-e-as-possiveis-solucoes/>>. Acesso em: 21 de maio de 2019.

DR. PREDRUZZI. Fechamento de diastema. Disponível em: <

<http://www.drpedruzzi.com.br/project/fechamento-dos-diastemas-com-facetas/>>. Acesso em: 21 de maio de 2019.

ESTADO DE RONDÔNIA. Cirurgias Ortognáticas. Disponível em: <

<http://www.rondonia.ro.gov.br/hospital-de-base-corrige-mais-de-200-faces-de-vitimas-de-traumatismo-em-porto-velho-por-ano/>>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Mini Aurélio. 6. Ed. Curitiba, agosto de 2005

INSTITUTO DR. RAVELLI. Ortodontia: Existe oclusão perfeita?. Disponível

em: <<http://sergioravelli.com.br/ortodontia--existe-oclusao-perfeita-/37>>.

Acesso em: 18 de maio de 2019.

MANUAL MSD. Má oclusão. Disponível em: <<https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-da-boca-e-dos-dentes/sintomas-de-doen%C3%A7as-dentais-e-orais/m%C3%A1-oclus%C3%A3o>>.

Acesso em: 19 de maio de 2019.

ODONTOLOGIA ALMEIDA. Má oclusão: o encaixe das arcadas dentárias.

Disponível em: < <http://www.naiaodonto.com.br/ortopedia-funcional-maxilares/ma-oclusao/>>. Acesso em: 19 de maio de 2019.

OLIVEIRA, Márcia de. Apinhamento: O que é?. Disponível em:

<<https://marciadeoliveira.com.br/blog/item/88-apinhamento-o-que-%C3%A9>>.

Acesso em: 21 de maio de 2019.

ORAL FACE. O que é prognatismo mandibular?. Disponível em:

<<https://facecare.com.br/o-que-e-o-prognatismo-mandibular/>>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

SARNI, Carla Renata. Tipos de mordida. Disponível em:

<<https://sorridents.com.br/blog/tipos-de-mordida-confira-qual-e-a-sua/>>.

Acesso em: 19 de maio de 2019.

STRACCIA, Tatiane M Zanella. Mordida profunda - conhecimentos

necessários. Disponível em: < <http://dentalortholipe.com.br/blog/mordida-profunda-conhecimentos-necessarios/>>. Acesso em: 21 de maio de 2019.

TUA SAÚDE. Tipos de má oclusão dentária e como tratar. Disponível em:

<<https://www.tuasaude.com/oclusao-dentaria/>>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

VILLA, Marco Antônio de. Saiba mais sobre mordida aberta dentária.

Disponível em: <<http://marcodevilla.com.br/saiba-mais-sobre-mordida-aberta-dentaria/>>. Acesso em: 21 de maio de 2019.

8. CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

**Andreia de Fatima da Silva de Jesus
Angela Maria Vicente
Deisiane de Jesus Lima
Renato Xavier da Silva
Orientadora: Lislíe Ioana Gueles**

RESUMO

Este estudo objetiva-se pela necessidade em conhecer as expectativas de pacientes oncológicos em relação aos cuidados e a comunicação com as pessoas da enfermagem. Sabe-se que há uma grande perda da motivação, da expectativa de vida quando se descobre estar com uma doença considerada por muitos como um processo terminal, o que nem sempre são, os enfermeiros ou técnicos em enfermagem que conviverão com estes pacientes durante seu tratamento poderá contribuir para um processo menos doloroso, dando-lhes um suporte seja entendendo e atendendo suas necessidades de comunicação, ou outros sinais, podendo estes ser verbais ou não, uma vez que nem todos encontram forças para se comunicarem, preferindo um isolamento interior.

Palavras – Chaves: Cuidados Paliativos; pacientes Oncológicos, Técnico em enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

O ato de cuidar é uma atividade eminentemente humana que visa promover o bem-estar do ser. O cuidado é parte integrante da vida; sem ele, o ser humano não conseguiria sobreviver.

É uma relação de afetividade que se configura numa atitude de responsabilidade, atenção, preocupação e envolvimento com o cuidador e o ser cuidado. No tocante ao cuidar, especificamente com o paciente acometido por uma patologia em estágio avançado e sem perspectivas de cura, a atenção e o cuidado estão direcionados em suas necessidades e limitações, uma vez que o processo de morte é irreversível e o tempo de sobrevivência está restrito há dias, semanas ou meses. Com base nesse entendimento, torna-se essencial adotar uma prática assistencial que esteja fundamentada no bem-estar biopsicossocial e espiritual da pessoa em sua finitude, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida e minimizar o sofrimento durante a doença terminal.

Dessa maneira, devem-se considerar, essencialmente, os cuidados paliativos, como modalidade de assistência, pois, exige da equipe um olhar atento e cauteloso. Baseada em uma visão holística do ser humano os cuidados paliativos têm como filosofia valorizar a vida e encarar a morte como um processo natural. Assim, não adia e nem prolonga a morte, mas ampara o ser em suas angústias e medos provendo o alívio da dor e de outros sintomas, oferecendo suporte para que os pacientes possam viver o mais ativamente possível, ajudando a família e os cuidadores no processo de luto.

Portanto, é evidente a importância dos cuidados paliativos direcionados ao paciente na terminalidade da vida, especialmente o oncológico, visto que estes cuidados proporcionam uma abordagem diferenciada de tratamento que tem como objetivo principal a promoção do cuidar humanizado. Visto que dirige seu foco para o alívio das necessidades biopsicossociais e espirituais, assim como integra a esses cuidados valores, crenças, práticas culturais e religiosas do paciente e seus familiares.

Cumpra assinalar, que nesta modalidade de cuidar, o enfermeiro torna-se capaz de ver o mundo e oferecer seus fundamentos e práticas essenciais para assistir, cuja prioridade é valer-se de habilidades profissionais para aliviar o sofrimento do paciente em todas as suas formas. Contudo, para a obtenção desses propósitos é de suma importância que esse profissional promova uma assistência pautada no respeito, na humanização e no acolhimento. Com base nesse entendimento, torna-se essencial adotar uma prática assistencial que esteja fundamentada no bem-estar biopsicossocial e espiritual da pessoa em sua finitude, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida e minimizar o sofrimento durante a doença terminal. Dessa maneira, devem-se considerar, essencialmente, os cuidados paliativos, como modalidade de assistência, pois exige da equipe um olhar atento e cauteloso. Considerando a relevância da temática, este estudo parte da seguinte questão norteadora: Qual a percepção

de enfermeiro diante de paciente com câncer sob cuidados paliativos? Para responder este questionamento, o estudo tem como objetivo: conhecer a percepção de enfermeiro diante de paciente com câncer sob cuidados paliativos.

2. CUIDADOS PALIATIVOS: ALGUMAS DEFINIÇÕES

Segundo o que rege a Organização Mundial da Saúde – OMS –em um termo definido, em meados dos anos 90 e revisado em 2002, os cuidados paliativos, são conceituados como sendo o cuidado ativo e total do paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. Trata-se, dessa forma, de uma abordagem diferenciada que visa a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, por meio da adequada avaliação e tratamento para alívio da dor e sintomas, bem proporcionar suporte psicossocial e espiritual.

Para Menezes (2004) onde enfatiza que o modelo de assistência ao morrer está sendo difundido em três planos distintos, porém interligados. O primeiro seria o da produção social, onde seu ideário é difundido nos meios de comunicação mais amplos, tais como jornais, revistas, cinema, televisão e internet. O segundo plano se refere à criação de uma disciplina científica, com realização de seminários, cursos, treinamento de profissionais nas normas do modelo paliativista, como também a criação de entidades profissionais voltadas exclusivamente aos Cuidados Paliativos. E, por fim, o terceiro plano, que seria voltado à implementação prática de serviços de Cuidados Paliativos, sejam eles domiciliares, em internação ou acompanhamento ambulatorial.

Perceber quais são de fato os limites de sua atuação prática, bem como os limites No modelo de abordagem paliativista o paciente é o centro. Para isso, leva-se em consideração a qualidade de vida durante este tempo restante do enfermo, buscando sempre que sua identidade social seja mantida, oferecendo assim dignidade durante o processo no qual se encontra. Para que a tomada de decisões do indivíduo que está morrendo ocorra, é necessário que três requisitos sejam levados em consideração: a comunicação do avanço da doença e a proximidade da morte pela equipe médica; a expressão dos desejos e sentimentos sujeitos para as pessoas de seu círculo pessoal e, por fim, a atuação ativa, bem a escuta dos cuidadores deste sujeito no processo vivido. Ideólogos dos Cuidados Paliativos e profissionais paliativistas acreditam que aqueles que trabalham dirigidos somente para a cura, acabam por não lidar com o paciente, seus sentimentos e reações. As principais críticas mostram que esse excesso de poder médico produz o que se definiu de “encarceramento terapêutico”, percebido pelos que acreditam no ideário dos cuidados paliativos como uma invasão ao corpo doente. Entende-se, portanto, que a proposta dos cuidados paliativos é romper com este paradigma e construir assim uma nova medicina, ampliando-se e sofisticando-se o exercício do poder médico juntamente e de uma forma mediadora com a equipe interdisciplinar. Os paliativistas trabalham com o inevitável avanço da doença e

procuram minimizar a dor para que o sujeito estiver vivendo esse processo com qualidade de vida enquanto está se apresenta. (Menezes, 2004). E Gotay (1993), descreve diferentes formas de se trabalhar com cuidados paliativos, sendo estas: unidades agregadas aos hospitais ou equipes de consultoria, onde o programa faz parte das propostas do hospital; *hospices* independentes, voltados para o tratamento de sintomas agudos ou para o descanso da família; programas domiciliares e centros de convivência. É possível adaptar os diferentes modos de trabalho à demanda de cuidados paliativos, de modo a proporcionar a número cada vez maior de pessoas o acesso a esse serviço.

Silva & Hortale (2006) ressaltam que o maior desafio dos cuidados paliativos é integrar-se aos cuidados curativos. Os modelos de programas e sua inserção no sistema de saúde podem se der de algumas maneiras, podendo ocorrer como uma consultoria – na qual a equipe multidisciplinar realiza avaliações constantes; como uma unidade para os pacientes ou unindo esses dois modelos. Não existe um modelo ideal. A escolha é definida pelas necessidades da população, dos provedores (públicos ou privados) e dos serviços de saúde.

Algumas diretrizes que possibilitam o alcance dos objetivos de aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com doença avançada e seus familiares, devem ser seguidas na implementação de programas de cuidados paliativos. Essas diretrizes podem ser agrupadas em seis dimensões: física, psicológica, social, espiritual, cultural e estrutural. (Silva & Hortale, 2006).

A dimensão física consiste na avaliação interdisciplinar do indivíduo e sua família, no respeito aos desejos do indivíduo e no controle dos sintomas, bem como na adequação do ambiente onde o cuidado é realizado.

A dimensão psicológica abrange a avaliação do impacto da doença terminal no indivíduo e familiares, visando estabelecer um programa de enlutamento e de cuidados clínicos.

A dimensão social busca avaliar as necessidades sociais do indivíduo e sua família, estabelecendo uma abordagem individualizada e integrada e colocando toda comunidade alerta sobre a importância dos cuidados paliativos e incluindo a proposta de cuidados paliativos na formulação de políticas sociais e de saúde.

A dimensão espiritual, por sua vez, mostra a importância das crenças religiosas serem reconhecidas e respeitadas, possibilitando assim o suporte espiritual e religioso para indivíduos e familiares.

A dimensão cultural traz à tona a reflexão sobre a diversidade cultural da comunidade a qual serve e a necessidade de programas educacionais aos profissionais, para que atendam a esta diversidade cultural.

A dimensão estrutural, por fim, apresenta a necessidade de uma equipe interdisciplinar com treinamento especializado em cuidados paliativos e atividades de melhoria da qualidade dos serviços, das pesquisas clínicas e dos processos gerenciais.

Tais diretrizes promovem a qualidade dos serviços, reduzem as variações entre serviços novos e os já existentes, estimulam a continuidade dos cuidados em todos os níveis de atenção e facilitam parcerias entre os programas, a comunidade e outras unidades de atenção à saúde (Silva & Hortale, 2006).

2.1 Cuidados Paliativos Principais Desafios

Carvalho (2003) entende que o maior desafio na experiência em Cuidados Paliativos é trabalhar com as inquietações emergem desta prática, inquietações sobre a vida que engloba não só amor, esperança e alegria, mas também dor, tristeza, perda e finitude, assim que se compreenda as limitações na atuação profissional sem o sentimento de culpa e sim o sentimento de dever cumprido com dedicação e cuidado.

“Não temos medo de expor-nos e de envolver-nos com o ser humano agredido pela doença, de partilhar seus anseios, de ser uma agente de mudanças, de acreditar que a morte é apenas uma etapa da vida. Tudo são formas de amar e de atuar. Ao compreender a essência do outro na vida e na morte, passamos a compreender-nos e a explicar a nós mesmos nossa trajetória no ato e na arte de cuidar de seres no seu existir e no seu processo de morrer com dignidade.” (Carvalho, 2003 página 108).

Franco (2008) tece algumas considerações sobre o dia a dia do profissional de psicologia que atua em Cuidados Paliativos. Trabalha-se com os sintomas, com a dor, com a, com o estresse institucional, com os procedimentos. Além disso, há que se os sentimentos que daí emergem, bem como as estratégias de enfrentamento do paciente, da família e cuidadores. Neste momento prepara-se para a morte, despede-se buscando preservar o auto-conceito, as relações apropriadas com a família e amigos, encontrar significado em vida sobre a morte. Tais questões costumam emergir na prática paliativista e cabe ao psicólogo participar ativamente deste processo junto ao paciente e família, possibilitando um espaço de escuta e acolhimento. O psicólogo também trabalha com a equipe, a fim de situar que demandas estão ocorrendo, propondo formas de trabalho e de enfrentamento.

É diante do olhar paliativista que toda a equipe de saúde pode amparar o paciente e de fato o acolher no seu processo de adoecimento, abrindo espaço às demais dimensões da dor e também à expressão dos sentimentos que emergem, tanto do paciente, como de sua rede de apoio. Sendo assim, a proposta de ampliação desse serviço em nível nacional é de fundamental interesse da sociedade.

2.2 Relação Do Profissional De Enfermagem E A Família Do Paciente Oncológico

A enfermagem é uma das profissões em que ocorre maior desgaste emocional do trabalhador devido à constante interação com seres enfermos, muitas vezes acompanhando o sofrimento, como a dor, a doença e a morte do ser cuidado. O tratamento de pacientes sem possibilidades terapêuticas leva o profissional a confrontar sua finitude com suas limitações e falta de onipotência. Isso gera um misto de sentimentos que variam da culpa, desprezo, tristeza à ansiedade, podendo resultar em um atendimento frio e impessoal, fuga às perguntas do paciente e aos seus pedidos de socorro.

As dificuldades relatadas pelos enfermeiros em prestar uma assistência de qualidade a pacientes sem possibilidades de cura vem desde o seu processo de formação. Os estudos demonstraram que não existem nos cursos de graduação e pós-graduação programas de estudo voltados para tanatologia e cuidados paliativos, havendo apenas debates superficiais sobre a temática. Isso explicaria o fato dos profissionais transformarem a morte em um tabu e não a aceitarem como um processo natural do ciclo da vida. Muitos mencionam a mesma como um fracasso, fazendo com que encontrem alternativas para não se deparar com a situação: evitam cuidar de pacientes terminais, realizam tratamento pouco individualizado, não criam vínculos com pacientes e familiares, além de fugirem da discussão sobre a morte fazendo promessas de recuperação ao paciente quando se sabe que a morte é praticamente inevitável (AVANCINI, HERMES, LAMARCA, 2013).

De certo, a academia pode não preparar o profissional para a atuação em campo, no entanto, contribui promovendo debates relevantes sobre a morte e os cuidados paliativos. Assim, o profissional encontrará maior segurança quando for cuidar de pacientes fora de possibilidades de cura, sendo capaz de realizar ações mais eficazes.

Outro fator relatado pelos profissionais de enfermagem nos estudos em questão como dificultador no cuidado ao paciente terminal é a ausência da sistematização da assistência. A sistematização da assistência de enfermagem compreende a forma como o trabalho da enfermagem é organizado, de acordo com o método científico e o referencial teórico, de modo que seja possível o melhor atendimento das necessidades de cuidado do indivíduo, família e comunidade. A não sistematização gera uma assistência com ações fragmentadas e imediatistas, sem planejamento prévio, comprometendo sua qualidade por não alcançar a integralidade, um ideal do cuidado paliativo, visto que, este valoriza tanto a prevenção e alívio dos sintomas como o apoio às necessidades psicossociais, emocionais e espirituais dos pacientes e familiares (ARAÚJO, 2007; SILVA, MOREIRA, 2011).

Com isso, a prática de enfermagem sistematizada se torna fundamental na assistência paliativa, pois favorece a identificação das necessidades de

cuidado manifestadas e/ou referidas pelos pacientes e familiares em sua totalidade, bem como a articulação e negociação com os demais membros da equipe de saúde em nome da concretização e melhorias do cuidado, constituindo uma estratégia adequada a uma prática centrada na pessoa e não apenas nas tarefas. O planejamento dessa assistência, baseado em modelos teóricos que se ajustem ao perfil dos pacientes sem possibilidades de cura, é capaz de auxiliar o enfermeiro no estabelecimento das prioridades e no atendimento das necessidades do paciente, possibilitando um cuidado de qualidade (SILVA, MOREIRA, 2011).

Segundo (HERMES, 2013), o profissional de enfermagem que atua em cuidados paliativos do paciente, precisa saber orientar tanto o paciente quanto a família nos cuidados a serem realizados, esclarecendo a medicação, e os procedimentos a serem realizados. Assim, o profissional deve saber educar em saúde de maneira clara e objetiva, sendo prático em suas ações, visando sempre o bem estar dos seus pacientes .

Os profissionais de enfermagem devem utilizar a comunicação como instrumento para humanizar o cuidado, uma estratégia de aproximar paciente-equipe, na reconstrução do relacionamento entre o profissional de enfermagem e o ser humano hospitalizado, repercutindo diretamente na qualidade do serviço prestado pelas instituições de saúde e no modo como este é percebido pelo usuário.

2.3 Cuidados Paliativos: Uma Sobre Vida Para Pacientes Oncológico

O Câncer como genericamente é chamado defini- se também como um conjunto de mais de 200 doenças distintas, de multiplas causas, formas de tratamento e prognósticos. Ocorre quando mutações nos genes de uma única célula tornam esta capaz de proliferar rapidamente, a ponto de formar uma massa tumoral. Várias transformações têm que ocorrer na mesma célula para que ela adquira o caráter malignidade (Lopes & Camargo, 2000; Yamaguchi 2002).

Historicamente, o câncer é visto como uma doença que leva fatalmente à morte. Apesar dos enormes progressos da medicina nas últimas décadas em relação ao tratamento do câncer, como procedimentos cirúrgicos e farmacológicos e o advento da radioterapia, ainda assim ele carrega o estigma de doença fatal.

Torres (2002) destaca que o homem, geralmente, expressa em símbolos as ameaças à vida. O câncer suscita a idéia de um caranguejo – animal que vive em profundidade, invisível e se desloca mal-coordenado e; é agressivo, apodera-se de suas presas as tortura até a morte.

Todos morrem, é fato consumado em nosso entendimento. Como humanos, diferenciamos-nos dos outros seres justamente pela consciência sobre o fim de

nossa existência como diz (Melo 1999; Vendruscolo, 2005). O significado do fenômeno da morte não se esgota em sua dimensão natural ou biológica. Ela comporta, também, como qualquer fato da vida humana, uma dimensão social (Ariès, 1977; Maranhão, 1985).

Segundo Moraes (2002), O homem não tende a encarar abertamente seu fim de vida na Terra; só eventualmente e com certo temor é que lançará um olhar sobre a possibilidade de sua própria morte. Uma dessas ocasiões é a consciência de que sua vida está ameaçada por uma doença. (p. 57)

Para o paciente, o câncer traz em si a consciência da possibilidade de morte. Essa idéia vem acompanhada de angústia e temores que perpassam o desenrolar do tratamento. Segundo Kovács (1992), o medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. O medo de morrer é universal e atinge todos os seres humanos.

Murphy apud Kovács, (1992) relaciona várias facetas do medo da morte com atitudes das pessoas diante dela. O medo da morte pode conter o medo da solidão, da separação de quem se ama o medo do desconhecido, o medo da interrupção de planos e sonhos, o medo do que pode acontecer aos que ficam, e, numa visão espiritual, medo do julgamento de seus atos em vida. Cada pessoa teme mais de um aspecto da morte, e isso depende de aspectos intrínsecos ao indivíduo que a enfrenta, seja ele quem esteja morrendo ou uma pessoa querida (Kovács, 1992).

O tratamento oncológico é extremamente invasivo, agressivo e fonte de grande angústia para o paciente. Com os avanços nas terapias para o combate à doença, os índices de cura aumentaram consideravelmente, e, a partir da década de 1980, passou-se a uma preocupação com a qualidade de vida dos pacientes com câncer. A despeito de o câncer evidenciar, atualmente, uma maior possibilidade de cura e sobrevida dos pacientes, ele ainda provoca muitas mortes (Vendruscolo, 2001).

O avanço da tecnologia médica favoreceu a cura de doenças como o câncer e o prolongamento da vida; porém, há muitas questões bioéticas sendo discutidas dentro deste contexto, considerando a morte, como fatalidade da vida e dignidade no processo de morrer (Kovács, 2003; Torres 2003). Ser paciente terminal evidencia que a debilidade orgânica inerente à doença traz consigo, além dos aspectos físicos, todos os preconceitos de uma sociedade na qual seu término afronta a negação da morte, mostrando que todos somos finitos (Bromberg, 1998; Vendruscolo, 2005).

Consideramos que a morte faz parte da vida. Assim como nascemos e vivemos, a morte será inevitável. O entrelaçamento entre a vida e morte ao longo do processo de desenvolvimento humano nos faz pensar em como um indivíduo acometido por uma doença grave como o câncer lida com as questões que envolvem a morte e o morrer. O presente texto se propõe a fazer uma reflexão sobre a visão da morte e do morrer pelo olhar do paciente oncológico ao longo do desenvolvimento vital, considerando que a morte é

vista de diferentes modos em cada momento da vida: infância, adolescência, idade adulta e velhice.

Os cuidados paliativos são um ramo da medicina que enfatiza o cuidar global do paciente, quando este não apresenta mais resposta aos tratamentos considerados curativos. Através de uma série de ações e medidas realizadas pelos profissionais envolvidos, visam, principalmente, a fornecer melhor qualidade de vida ao indivíduo e sua família. O enfoque maior é dado ao controle da dor, sofrimento e melhora dos sintomas, e não em restabelecer a saúde integralmente, o que consistiria na "cura" da doença. As necessidades básicas de higiene e nutrição são valorizadas e oferecidas, pois também são partes do tratamento. Evitam-se tratamentos médicos fúteis, que prolonguem desnecessariamente sua vida, como procedimentos invasivos, dolorosos, exames desnecessários e inserção de cateteres, o que consistiria na distanásia. O oposto também é evitado, a eutanásia que seria a interrupção abrupta de quaisquer medidas médicas que possam lhe proporcionar uma maior sobrevida.

Sendo assim, pode se dizer que ao contrario da eutanásia, os tratamentos paliativos lutam pela vida, ainda que dure pouco tempo, mas que este pouco seja com a melhor qualidade possível.

E o profissional de enfermagem desempenha um papel que neste momento se torna, igualitário ou até superior ao do médico, uma vez que este prescreve a medicação, ficando a cargo do enfermeiro ou técnico de enfermagem ministrar e acompanhar os possíveis efeitos colaterais, procurando de forma alternativa amenizá- los.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados que o técnico de enfermagem deve ter com seus pacientes, vai muito além daquilo que aprendeu nos bancos acadêmicos, pois não há uma generalização nem de doenças nem tão pouco de pacientes, pois nem um ser humano é igual ao outro, seja no desenvolvimento da doença, no processo de aceitação, da mesma ou do processo curativo que passará a partir daí.

Este profissional, em contato com seus pacientes, deve manter um olhar clínico, com certeza, mas também um olhar de afetividade e prestatividade, que se estenderá a todos os envolvidos com este paciente, pois no caso dos oncológicos, onde ainda se mantêm à primeira impressão e idéia de uma doença terminal, abala com a estrutura de toda família, que após o impacto da descoberta irá buscar todos os meios de exterminar ou ao menos amenizar o sofrimento da pessoa, enquanto se pode mante-la viva. Neste momento que se opta por cuidados paliativos, entende se que não abrirá mão de outros cuidados essenciais, mas se está buscando outro caminho que conjuntamente colaborará numa melhor aceitação deste tratamento, amenizando seus efeitos colaterais, proporcionando uma melhor qualidade de vida. Este tipo de tratamento pode ser administrado e optado por diversos áreas da saúde, seja

por profissionais diretamente ligados ao paciente oncológico, como por outros multidisciplinares digamos assim que se juntará para coletivamente amenizar o sofrimento deste paciente. Por isso dissemos que esse tipo de tratamento deve se iniciar até mesmo de forma preventiva, e depois do fato, ou melhor, da doença consumada, agir em todo seu tratamento e pós, para manter a qualidade de vida deste paciente, sendo que todo e qualquer profissional pode se optar por este tipo de tratamento sendo que existem aqueles que se especializarão neste método, tratando até mesmo dos efeitos emocionais e claros dos colaterais que no caso do câncer costuma vir de forma mutua. Sendo o objetivo maior como viemos ressaltando no decorrer deste manter a qualidade de sobre vida do paciente, por isso costuma se agir em coletividade, tendo diversos profissionais trabalhando multidisciplinarmente com um único paciente. Ainda quer haja ma relutância, em aceitar este tipo de tratamento, falando até mesmo da legalidade, quem opta por este, são pessoas que buscam a qualquer custo, amenizar e proporcionar aos seus entes queridos, um final de vida, digno e com o mínimo de conforto que possa oferecer se torna grandioso diante de tanto sofrimento, seja pelo paciente ou por seus familiares, portanto até mesmo a comunicação se torna imprescindível, uma vez que aprofundada se passa a entender até mesmo os sinais que não podem serem expressados por palavras ou gestos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AVANCINI, B. S. et al. **Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer**: a ótica do cuidar em enfermagem. Esc. Anna Nery Rev. Enferm; 13(4): 708-716 dez. 2009
- HERMES, Héli da Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. **Cuidados paliativos**: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro. 2013.
- SALES, Catarina Aparecida et al. **Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar**. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 25, n. 5, 2012 .
- Silva MJP. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996.

9 CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS DE PACIENTES REVASCULARIZADOS

Adriana Suszek

Cledineia Vieira Bueno

Ilceléia Amado José Ferraz

Leandro Soares Souza

Milena Biava

Tasiane Freitas

Orientadora: Keile Salete de Souza

RESUMO:

A cirurgia de revascularização do miocárdio, conhecida popularmente como ponte de safena, é um procedimento cirúrgico de grande porte realizado nas artérias coronarianas. Tem por objetivo principal a troca de uma artéria obstruída por outra sem obstruções. Segundo o Dicionário Ilustrado de Saúde: “Revascularização do Miocárdio é um método cirúrgico destinado a aumentar o fluxo sanguíneo para regiões do miocárdio, que é deficiente devido à obstrução de sua artéria coronária ocasionada por placas de ateroma” (p. 953). Os pacientes que passam pela cirurgia de revascularização do miocárdio passará por um longo processo de readaptação onde será necessário muito cuidado e atenção por parte da assistência de Enfermagem, onde os profissionais deverão se atentar não somente para os aspectos físicos e flogísticos deste paciente mas sim para seu estado emocional, buscando sempre proporcionar conforto psicológico. No presente trabalho será abordado acerca, dos cuidados a um paciente pós-operatório de revascularização do miocárdio.

Palavras chaves: Cuidados; pós-operatório; revascularização; miocárdio; cardíaco; cirurgia.

1 CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE PACIENTES REVASCULARIZADOS

Considera-se pós-operatório imediato (POI) o período de vinte e quatro horas após o final da cirurgia propriamente dita. Em outros tipos de cirurgias os pacientes em POI são transferidos para uma sala de recuperação pós-anestésica dentro do centro-cirúrgico, no caso das cirurgias de revascularização do miocárdio o paciente é transferido diretamente para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), para melhor monitorização. É nesse momento em que se inicia os cuidados no POI de pacientes revascularizados. Esse cuidado precisa ser integral e contínuo com o paciente.

Leite fala em seu livro sobre cirurgia cardíaca que:

“No pós-operatório (POI) de cirurgia cardíaca, o objetivo imediato é promover o restabelecimento hemodinâmico do cliente, sem esquecer o fato de que o cardiopata possui grande instabilidade emocional que tende a aumentar dentro do Centro de Terapia Intensiva (CTI)” (p.181).

E ressalta assim que:

“O enfermeiro necessita de segurança e tranquilidade no manuseio de prótese ventilatória e na aplicação de técnicas de cuidados com o cliente no POI, pois cuidar é e sempre será indispensável, não só para a vida das pessoas cuidadas, mas também para a de todo corpo social da equipe de saúde.” (p.182).

O POI é o período mais importante de uma cirurgia de revascularização pois é nesse momento em que mais se registra casos de complicações com os pacientes, sendo assim de extrema importância o cuidado com a estabilidade hemodinâmica do paciente, ou seja, estabilizar a pressão e a velocidade sanguínea nos vasos. Esse desequilíbrio que acontece com a hemodinâmica do paciente ocorre devido a alteração em todos os sistemas do corpo durante a cirurgia. Com isso também é de suma importância a monitorização de todas as funções do organismo.

Primeiro de tudo é necessário fazer todo o preparo do leito e do material que será utilizado para a admissão desse paciente na UTI com eficácia e rapidez, designa então um técnico de enfermagem para fazer esse trabalho, o enfermeiro revisa se está tudo correto para o uso. A enfermeira do centro cirúrgico repassa informações da cirurgia e do paciente a enfermeira da UTI como por exemplo: nome do paciente, idade, tempo de cirurgia, acessos, drenos, complicações, entre outras. Após isso o paciente é encaminhado do centro cirúrgico para a UTI.

Após a estabilização do paciente no leito são realizadas várias avaliações e monitorizações são elas: avaliação do sistema neurológico, avaliação do sistema respiratório, cardiovascular e sistema renal. Segundo Leite:

“A avaliação do enfermeiro deve incluir, além de todos os cuidados clássicos de enfermagem, rigorosa revisão da evolução intra-operatória (sangramentos, arritmias, parada cardiorrespiratória, tempo de circulação extracorpórea),

exame físico, gasometria do sangue arterial e radiografia do tórax. Após a realização do exame físico geral do cliente o profissional deve centrar-se num exame acurado dos sistemas respiratórios e neurológicos, pois o desmame da prótese mecânica dependerá da capacidade ventilatória de uma troca gasosa satisfatória, da suspensão da sedação e do bloqueio neuromuscular, assim como de um adequado nível de consciência do cliente.” (p. 187).

Echer cita em seu artigo que:

“A avaliação neurológica do paciente deve ser frequente e inicia-se na sua admissão, sendo imprescindível a avaliação sistemática do estado de consciência, tamanho das pupilas e sua reação a luz, padrão de motricidade dos membros e da musculatura da face...devemos ficar atentos no momento em que o paciente acordar, pois iniciam-se as manifestações de dor causadas pelo rompimento dos nervos intercostais ao longo da incisão, pela irritação da pleura pelos cateteres torácicos.”

Na avaliação hemodinâmica do paciente é necessário fazer uma monitorização rigorosa nos sinais vitais, cuidar para a pressão arterial sistólica do paciente não abaixe de 90mmHg, cuidar com os drenos de tórax ver se esta drenando corretamente, seguir rigorosamente a administração de medicações principalmente vasoativas, realizar o balanço hídrico do paciente. A autora Echer relata que a rotina de verificação dos sinais vitais é de quinze em quinze minutos nas primeiras doze horas. Após isso se o paciente estiver estável o intervalo de verificações aumenta para de hora em hora até dar vinte e quatro horas. E depois passa a ser verificado de duas em duas horas até que o paciente ganhe alta da UTI.

Outra avaliação necessária é a respiratória, o paciente irá vir no centro cirúrgico ainda intubado e continuará intubado até que a sua consciência volte e o paciente consiga respirar sozinho. É avaliado a permeabilidade das vias aéreas, expansividade do tórax, ritmo de respiração, sons respiratórios e coloração das mucosas. Após a extubação é extremamente importante para os cuidados com o paciente, observar a frequência respiratória, sinais de sudorese, cianose, inquietação, entre outros. É de muita importância também a movimentação do paciente no leito e após a retirada dos drenos a movimentação dos pacientes fora do leito, essa ação ajudará o paciente a respirar melhor e começar a voltar as suas movimentações.

Precisa-se também do cuidado de enfermagem com o controle da hipotermia do paciente. Devido aos anestésicos utilizados durante a cirurgia ocorre a redução do metabolismo e com isso a temperatura corporal abaixa causando a hipotermia. A exposição do paciente a temperatura das salas cirúrgicas e a utilização da circulação extra corpórea são outros fatores que causam hipotermia, (hipotermia é a quando a temperatura corporal abaixa de 36°). A temperatura do paciente precisa ser verificada a cada uma hora no mínimo. O

aquecimento desse paciente deverá ser feito com mantas térmicas, calor radiante e cobertores.

Outro cuidado que a equipe de enfermagem precisa dar atenção é com a dor do paciente. A dor que esse paciente poderá sentir é definida como dor aguda, devido ao uso de drenos, cateteres, sondas, tubos endotraqueais e também pela própria ferida operatória. Uma forma de diminuição da dor é a troca do curativo com delicadeza e cuidado para que esse paciente não pegue infecção na incisão. Outros cuidados que fazem a dor sessar sem a utilização de medicamentos são a posição correta no leito, providenciar um sono e repouso tranquilo, entre outros, se mesmo assim a dor não passar entra com as drogas prescritas pelo médico.

Os cuidados com a ferida operatória é sempre lavar as mãos antes e depois de fazer o curativo, sempre manter curativo oclusivo estéril e na realização fazer com técnicas estéreis. O mesmo cuidado da ferida cabe aos drenos, sondas e cateteres instalados no paciente. Sempre utilizando técnicas assépticas para o manuseio desses itens para evitar infecções.

O paciente de pós-operatório de cirurgia de revascularização só poderá ser liberado para banho de aspersão, ou seja, banho no chuveiro quarenta e oito horas após a cirurgia se não tiver nenhuma complicação pós cirúrgica, enquanto o paciente não pode ter esse cuidado sozinho, cabe a equipe de enfermagem cuidar desse conforto com o banho no leito, porém o banho no leito também será realizado somente depois de quatro a doze horas após a cirurgia, recomenda-se que nesse banho o paciente não fique na posição lateral por muito tempo, a água precisa estar a mais ou menos 40°C e o banho não dure mais do que vinte minutos.

Após as doze horas de cirurgia recomenda-se que o enfermeiro realize as avaliações novamente e registre a evolução no prontuário do paciente para que assim consiga ter uma prova e mostrar que os cuidados são de qualidade e essenciais ao paciente.

2 COMPLICAÇÕES EM PACIENTES REVASCULARIZADO

A revascularização do miocárdio é uma cirurgia que exige cuidado e avaliação minuciosa nas primeiras 24 horas.

As principais complicações no pós-operatório são:

Falência de extubação: O paciente acorda passa nos testes do fisioterapeuta (CPAP), é extubado e após algumas horas ou até mesmo minutos o paciente apresenta hipossaturação, sonolência ou confusão mental mais agitação, cianose de membros inferiores e superiores mais esforços respiratórios, necessitando assim de nova intubação. Mais sedação voltando a estaca 0 na evolução do paciente com o uso da sedação outra complicação que pode ocorrer é hipotensão, tendo assim que iniciar noradrenalina que alguns casos chega a altas vazões tendo que associar outra droga vasoativa (DVA)

chamada vasopressina que é uma coadjuvante (auxiliar no efeito na noradrenalina).

Taquicardia (batimentos do coração acima de 120 ou coração acelerado): muitas vezes o paciente revascularizado apresenta taquicardia que pode ser revertido com uso de amiodarona (ancoron) em bomba de infusão ajustando vazão a critério medico, podendo ser usado também cardioversor.

Bradycardia (batimentos abaixo de 50): outra complicação é a diminuição das batidas do coração, nesses casos inicia-se dobutamina em bomba de infusão ajustando a vazão a critério medico, pode ser associado com dose de ataque de atropina se essas condutas não surtirem efeitos é optado o uso de marca-passo a principio externo até a estabilização do paciente em alguns casos o paciente volta para o centro cirúrgico e instala o marca-passo interno o qual auxiliara o coração do paciente a bombear normalmente.

Anúria ou baixo debito urinário: caracteriza-se em alguns casos por baixo volume circulatório no corpo devido a perca eletrolítica (líquidos) durante a cirurgia sendo resolvida com a reposição através de soros prescritos pelo médico, ou então devido alguma disfunção renal, nesses casos é administrado diuréticos pelo médico se não houver resultados após essas manobras então passa a se investigar através de exames laboratoriais as toxinas presentes no sangue que indicam uma disfunção renal, neste caso inicia-se hemodiálise, onde o paciente mais uma vez passa por um procedimento invasivo para a introdução do cateter de Shyler, na maioria das vezes um dos fatores determinantes para a disfunção renal é uso de antibiótico por tempo prolongado. Esse quadro pode ser fatal levando o paciente a morte.

Sangramento: Ocorre nas primeiras horas após procedimentos cirúrgicos, alguma artéria ou até mesmo o local do miocárdio começa a sangrar saindo grande volume através dos drenos (mediastino e tórax) a primeira conduta medica é infundir volume (soros) no paciente, se persistir administra-se medicamentos coagulantes, em casos mais extremos é realizado hemotransfusão e a última manobra é o retorno do paciente para o centro cirúrgico para uma nova cirurgia aumentando assim as chances evoluindo para óbito.

Formação de coágulos e obstrução de drenos: é muito importante fazer a ordenha nos drenos a cada meia hora nas primeiras horas no pós operatório pois o sangue que está acumulado na cavidade torácica deve ser expelido através destes drenos evitando o acumulo de líquidos próximos ao coração para que ele possa trabalhar sem esforço este sangue forma coágulos obstruindo passagem do sangue pelo prolongamento do dreno nestes casos deve ser sacado e repassados novos drenos.

Dor: após o paciente acordar e ser extubado, refere muita dor na região torácica sendo necessário analgesia continua para o bem estar do paciente.

Ansiedade: é muito comum o paciente apresentar se ansioso pois além de estar em um local critico rodeado de pessoas estranhas, estar com cateteres e

drenos invadindo seu corpo ainda tem que se manter em jejum e com restrição de movimentação, pode ocorrer confusão mental levando o paciente a fazer movimentos bruscos que venham a prejudicar a cicatrização da caixa torácica por isso o uso de cinta torácica.

Pneumonia: é muito comum pacientes revascularizados adquirirem pneumonia devido ao tempo prolongado tempo de intubação, bronco aspiração e higiene oral inadequada.

Infecção urinária: devido ao uso de sonda vesical por tempo prolongado aumenta os riscos de infecção urinaria no paciente.

Mal cicatrização e contaminação da ferida operatória: é causada principalmente pela falta de assepsia durante a troca de curativo em casos extremos a infecção é tão grande que abre os pontos por onde drena secreção purulenta e fétida levando a infecção generalizada e óbito.

Infecção de incisão de cateteres e drenos: a mal assepsia das mãos dos profissionais da saúde e mal esterilização de materiais pode causar infecção em incisões de cateteres e drenos por ser uma porta de entrada aberta essa infecção cai na corrente sanguínea causando infecção generalizada por isso é importante atentar em caso de febre alta (hipertermia).

Infecção cruzada: devido ao paciente estar debilitado com a imunidade baixa corre risco de adquirir alguma bactéria existente em outro paciente na UTI agravando assim sua condição de saúde.

Trombos: devido ao procedimento pode se formar um coagulo de sangue no local da cirurgia com a movimentação do paciente esse trombo pode se deslocar e cair na corrente sanguínea se chegar até as artérias pulmonares pode obstruir causando embolia pulmonar que se não detectada a tempo leva o paciente a morte, se chegar ao cérebro pode causar um AVCI (acidente vascular cerebral isquêmico) causando serias lesões no cérebro e até a morte do paciente. Em casos de paciente obesos e sedentário pode ocorrer o deslocamento de trombos gordurosos que causam o mesmo estrago do coagulo de sangue.

Hipertensão Arterial: após o procedimento cirúrgico muitas vezes devido a dor ou ansiedade ou até então por ser uma doença pré-existente a pressão arterial aumenta significativamente inicia-se a conduta médica com medicação via oral, se não apresentar efeitos de melhora inicia-se droga vasoativa (nipride ou tridil) em bomba de infusão ajustando vazão conforme pedido médico.

A última complicação pode acontecer após o paciente receber alta hospitalar, pois em casa nos meses seguintes o paciente tem que ter um cuidado especial nas tarefas do dia a dia o que se torna difícil dependendo da realidade do mesmo causando um novo internamento devido as complicações de feridas cirúrgica ou estabilização do coração (exercícios respiratórios).

A cirurgia de revascularização do Miocárdio irá exigir bastante deste paciente, e a equipe de saúde tem que se atentar principalmente para as complicações cardiovasculares que normalmente surgem no período pós cirúrgico.

O período de permanência deste paciente na UTI normalmente vai de 7 a 14 dias se ocorrer uma complicação cardíaca este tempo se estenderá, uma das mais frequente e a maioria dos pacientes apresentam é pressão arterial Sistêmica, Infarto Agudo do Miocárdio. Nos pacientes mais idosos esta situação é mais agravante o tempo que o paciente passa no centro cirúrgico também é muito relevante, podendo contribuir para infecções sistêmicas.

Uma das principais causas de morbimortalidade que devemos citar também e a trombose, que podem causar taquiritimias malignas, debito cardíaco e levar este paciente a óbito.

Portanto a equipe de enfermagem que na maioria das vezes passa mais tempo nos cuidados destes pacientes deverão se atentar para todos os sinais tanto vitais, quanto logísticos que este paciente apresentar pois caso a assistência não seja continua ou apresente falhas a vida deste paciente poderá ser comprometida.

3 PROBLEMAS NA RECUPERAÇÃO DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

No desenvolver dos estudos são observadas as causas e as principais complicações decorrentes deste procedimento cirúrgico. Percebemos também a importância da reeducação deste paciente no pós cirúrgico. Nestes casos é de extrema importância a realização de palestras explicativas em relação a reeducação alimentar, exercícios físicos, higienização e as formas e causas dessas patologias para que o paciente saiba que a sua conduta perante aos fatores já citados acima são de extrema importância para sua recuperação.

Nota-se que após este procedimento os pacientes relatam muita dor relacionados à fadiga, dores no local da incisão cirúrgica, dificuldades para dormir e até mesmo insônia edema e rubor a recuperação irá depender de cada caso e histórico individual de cada paciente podendo demorar de 6 a 12 semanas ou mais, tendo tempo estabelecido para retornar as suas atividades normais tais como dirigir podendo levar um tempo de 3 meses.

O papel de Enfermagem será estimular o paciente ao autocuidado visando sempre manter a qualidade de vida desses pacientes, e também estimular eles a deambulação que corresponde a 70% da recuperação deste paciente estar atenta a monitorização isto é sinais vitais, alterações dos batimentos cardíacos, buscar perguntar ao paciente quais são os sintomas que o paciente sente se tem dor, formigamentos e também a administração de anticoagulantes, explicar acerca da finalidade dos medicamentos e possíveis aversões aos mesmos.

Na abordagem psicológica o profissional da área da saúde deverá ajudar na reintrodução deste paciente na sociedade isto é no seu trabalho, atividades físicas, alimentação devendo-se respeitar o tempo individual de cada paciente. Acerca do tema já citado devemos relatar também que a cirurgia de revascularização do miocárdio diminui as capacidades pulmonares isto é a capacidade respiratória umas das complicações que poderão decorrer desta cirurgia também é a diminuição do débito cardíaco.

Mas de acordo com pesquisas:

“Dentre 99 sujeitos que participaram de estudos, cinquenta indivíduos escolhidos aleatoriamente para o programa de exercício físico por 14 meses, 42% apresentaram redução na mortalidade por todas as causas, 22% por causas cardíacas, além de 19% apresentarem diminuição consistente na taxa de re-internação hospitalar por insuficiência cardíaca quando comparados aos 49 arrolados para o grupo controle. (Arq Cienc Daúde 2005 out-dez; 12(4):216-19 volume 30 pagina 231)”

Percebe-se então que a prática de atividades física como parte do processo de reabilitação será de fundamental importância para a recuperação deste paciente e na redução de morbimortalidade.

No período pós-operatório será de fundamental importância a associação dos cuidados de enfermagem com a fisioterapia, pois ela ira ajudar na prevenção de formação de trombos e uma possível embolia. Os exercícios de fisioterapia atrelados aos cuidados de enfermagem visarão mais as extremidades diminuindo edemas e melhorando a circulação sanguínea.

Portanto concluímos que este procedimento poderá ocasionar acidente vascular cerebral, infecções sangramentos, insuficiência renal e principalmente complicações pulmonares e levar até mesmo o paciente a óbito.

4 A QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES DE PÓS-OPERATÓRIO EM REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA

Sabemos que as doenças cardiovasculares são consideradas as principais causas de morte e incapacidade no Brasil e no mundo. O tratamento das doenças cardiovasculares podem ser clínico ou cirúrgico, o tratamento cirúrgico é considerado uma opção eficaz no tratamento das doenças cardíacas isquêmicas e indicado quando representa maior sobrevida ao paciente, além de um aumento da expectativa de vida, os pacientes submetidos a revascularização do miocárdio apresentaram melhor avaliação da qualidade de vida em até seis meses, após o procedimento cirúrgico.

Esse procedimento é visto pelo paciente, às vezes, como um ato relacionado á incapacidade/ou alterações corporal, e por ser uma situação atípica e estressante para o paciente, o deixando vulnerável no pré e pós-operatório, causando danos na sua recuperação. Percebemos que esse procedimento

tem um grande impacto no processo de viver do paciente, através das dúvidas e das incertezas apresentadas pelos pacientes em relação à educação alimentar, a prática de exercícios físicos, retorno ao trabalho, atividades diárias, dificuldades com as incisões cirúrgicas, prática de atividade sexual, consumo de bebida alcoólica e uso de medicações, segundo A.L. Erdmann et al. Para Maldaner, CR, Beuter M, Jacobi CS, et al, a reabilitação após a cirurgia exige hábitos saudáveis do indivíduo, fazendo uso das medicações prescritas, dentre outros cuidados. A necessidade de mudança do estilo de vida após a cirurgia foi evidenciada em artigos com um fator que possui aspectos negativos e positivos sob a vida do paciente revascularizado. A cirurgia significa um marco da possibilidade de renascimento do paciente, como uma oportunidade de fazer diferente todos os hábitos que eram prejudiciais à sua saúde anterior da doença cardíaca.

Quando os pacientes vivenciam uma situação que ocorre risco de morte, é provável que após a nova "chance de vida" oferecida pela CRM, que se deseje a mudança comportamental e as alterações nos padrões de vida. Mas também há necessidade de hábitos alimentares exigidos pelo cardiopata, principalmente assumir as limitações e mudanças no estilo de vida, visto como um incômodo e algo negativo, onde são reprimidos os desejos e as pessoas se dividem entre a vontade e a proibição, podendo desmotivar o paciente a aderir o tratamento havendo necessidade do trabalho educativo.

Outro fator que altera o cotidiano após a CRM é a modificação da renda familiar, evidenciada na literatura com aspectos tanto positivos quanto negativos alguns pacientes, apresentam melhor condição de vida, o que possibilita o retorno ao trabalho. O retornar da capacidade de desenvolver suas atividades laborais anteriores a cardiopatia, contribui para a melhoria da renda familiar e, assim, da sua autoestima.

Mas também há casos em que a necessidade de afastamento do trabalho, alguns gastos com medicamentos levam a dependência financeira do paciente, além de colaborar com diminuição da renda familiar, fazendo com que muitas vezes, as limitações pela CRM pode fazer com que os pacientes se sintam insatisfeitos e desvalorizados devido toda a mudança de seu papel dentro do contexto familiar, profissional e social. Problemas socioeconômicos como o desemprego, a aposentadoria por invalidez e a dependência de cuidados familiares decorrentes das limitações pelas condições de saúde, apontados pelos pacientes significativos na qualidade de vida.

Há os pacientes que também são fontes de recursos financeiros da família e veem a CRM como uma garantia que após a cirurgia será possível retomar as suas atividades cotidianas antes de adoecer e continuar com o bem-estar material da família.

Orienta-se que a melhora nos aspectos físicos e mentais dos indivíduos após a cirurgia favorece o retorno ao trabalho, sendo que nem sempre é uma melhora suficiente para o paciente retomar suas atividades laborais com a mesma intensidade.

Sendo assim, os pacientes apresentam insatisfação relativa ao trabalho, pois há restrições para retornar as suas atividades, após a CRM, o que se reflete na baixa estima do paciente.

Pesquisando sobre o tema, pode-se afirmar que vários fatores psicobiológicos podem influenciar nas mudanças comportamentais do estilo de vida. Se identifica que os sentimentos de medo e dependência são os mais presentes, ocasionando distúrbios como o de ansiedade e de insônia. E como dificuldades, predominou a limitação dos movimentos, a imposição de permanência em decúbito dorsal horizontal durante o sono, e a adesão á uma dieta específica.

Mesmo cientes da importância, os pacientes tiveram dificuldades significativas na mudança dos hábitos alimentares, deixando de lado os prazeres, para uma adoção de medidas preventivas, como a dieta equilibrada e saudável.

O fato da família não ser solidária em relação á dieta, desmotiva o paciente a permanecer na sua luta. Concretizando também a necessidade do trabalho educativo, voltado ao paciente e também ao grupo familiar em que ele está inserido.

Frente as condições impostas pelo estado de pós-operados, os problemas encontrados, além da falta de adesão á prática de exercícios físicos (neste caso é imprescindível para a recuperação, o resgate da autoestima e sensação de bem-estar), problemas voltados à sexualidade, como alteração do desempenho sexual associado á intolerância aos esforços. Pode-se ver outro fator caracterizado como um problema é a dependência de outras pessoas para realizar suas atividades, que faziam com facilidade sozinhos. Sendo que essa dependência é vista como conflitos, uma vez que os pacientes perdem o seu papel dentro do contexto familiar e social.

Podem ser transcritos todos esses problemas como "perdas": perda de independência, perda do prazer, perda da alimentação e perda do interesse sexual. Sabemos que as perdas ou danos são como situações que levam a algum tipo de incapacidade e acarretam danos para a autoestima ou para a posição do indivíduo dentro do grupo.

Acredita-se que se realmente tivesse um acompanhamento prolongado nos programas de reabilitação cardíaca, com auxílio dos familiares, seriam obtidos melhores resultados, ajudando na melhoria da qualidade de vida desses pacientes, através dos estudos de C.Galter, G.C.Rodrigues e E.C.F. Galvão.

A. Seiffert relata que tem as repercussões psicoemocionais nos pacientes que realizam CRM, que estão associadas ás limitações para atividade laboral, que podem sim gerar baixa estima e sensação de inutilidade. A ansiedade pode desencadear também efeitos físicos e clínicos nos pacientes, pois quanto mais eles ficam ansiosos após a cirurgia, são maiores as dores no pós-operatório e tempo de permanência no hospital, sendo assim a dor o desconforto torácico, relativos á ferida operatória geram dificuldade em seus movimentos e precisam de auxílio para realizar algumas atividades, levando a perda da autonomia do paciente.

Compreende-se a dor como uma experiência subjetiva, complexa e pessoal, podendo ser descrita somente pelo paciente que sente. A dor ainda é considerada um problema importante no pós-operatório, pois mesmo com o avanço das drogas analgésicas e das técnicas não farmacológicas para o alívio da dor. É nesse contexto que a equipe de enfermagem tem importante papel para a orientação para a alta desses pacientes e no acompanhamento pós-alta, orientando estratégias para minimizar a dor, como posição para dormir, cuidados ao tossir e caminhar, além do uso correto de analgésicos conforme prescrição médica.

5 A INFLUÊNCIA DA ANSIEDADE E DA DEPRESSÃO EM PACIENTES REVASCULARIZADOS

A ansiedade é vista num contexto popular quando estamos em um momento sob pressão, ou muito apreensivo com alguma coisa.

A depressão é sentir-se triste em momentos específico da vida, fisiologicamente, a depressão é um desequilíbrio no cérebro, mais ao contrário de muitas doenças ela não pode ser curada apenas com medicamentos, já que é uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

A partir de agora falaremos desses dois fatores importantes que afeta pacientes pós-operatório em revascularização do miocárdio.

Entre os estudos desenvolvidos na área da saúde as doenças cardiovasculares são as que mais se destacam-se entre as doenças de alteração crônicas responsável por uma das principais causas de permanência hospitalar e também são uma das principais causas de alocação de recursos públicos no Brasil em internação.

Um estudo clínico realizado no pronto atendimento de um hospital público, em Fortaleza Ceará, contou com 146 pacientes em que receberam o procedimento de revascularização do miocárdio, constituindo a amostra de 39 paciente do grupo de controle (GC) e 39 do grupo de intervenção (GI). Os resultados foram apresentados em tabelas. A ansiedade teve em média no GC grupo de controle de 5.41 e mediana de 4. A depressão predominou no grupo de crescimento GC, com média 4.82 e mediana de 4, enquanto o grupo de intervenção teve média de 3.79 e mediana de 4. Após 6 meses de acompanhamento, de acordo com o protocolo de consultas de enfermagem tiveram um menor porcentual de ansiedade e depressão.

A partir dessas considerações percebeu-se a necessidade de desenvolver estratégias para aumentar a pratica do autocuidado. Entre essas estratégia escolheu-se a consulta de enfermagem por ser uma estratégia eficaz para detectação precoce de desvio da saúde e acompanhamento de medidas instituídas. É a ação que se diferencia entre as várias maneiras de cuidar, pois possibilita a aproximação pessoa a pessoa, estabelecendo relações interpessoais de ajuda concreta diante de vários costumes.

Após a cirurgia de revascularização do miocárdio o paciente deve passar pelo processo de reabilitação, o qual é dinâmico, orientado para a saúde e capaz de auxiliá-lo a atingir o maior nível possível de funcionamento. Como já sabemos a cirurgia de revascularização do miocárdio é realizada na maioria das vezes em pacientes acima de cinquenta anos de idade. Segundo o médico Cardiologista Dr. Jose Dantas " é normal todo paciente ficar ansioso por causa da cirurgia, em relação a depressão, não é tão comum, mas não é tão infrequente, ocorre que, alguns pacientes desenvolvem a depressão, e as vezes até é necessário encaminhamento pra especialista".(entrevista realizada dia 18/07/2018 no Hospital do Coração de Cascavel-PR).

Entre as alterações emocionais mais comuns após uma cirurgia cardíaca destacam-se a ansiedade e a depressão, sendo que, para sua avaliação, é importante para que o profissional utilize uma escala validada como por exemplo a de Hospital *Anxiety and Depression*(HAD) que avalia as alterações como constructos separados.

6 CONCLUSÃO

Busca-se no presente estudo trazer os cuidados pós-operatórios imediatos, as possíveis complicações, alguns problemas mais comuns na recuperação do paciente revascularizado, a qualidade de vida do paciente após a cirurgia e no que a depressão e a ansiedade vai interferir na recuperação desse paciente. De acordo com o estudo a Organização Mundial Da Saúde a cirurgia de revascularização do miocárdio é caracterizada como um dos procedimentos que mais causam mortalidades no mundo.

É importante ressaltarmos que os cuidados de enfermagem para com esse paciente revascularizado irá além das paredes do Hospital, mas também levará em consideração na recuperação dos mesmos as orientações recebidas da equipe pois as complicações surgem também, após a alta hospitalar podendo haver atrofia de músculos, fraqueza, dificuldades respiratórias, orientando este paciente acerca do autocuidado, alimentação, evitando índices também de depressão pós cirúrgica.

Conseguimos atingir todos os objetivos que propusemos e explicitamos com muita eficácia a importância da assistência de enfermagem no processo de reabilitação deste paciente.

Hoje em dia pesquisadores estão desenvolvendo programas de reabilitação cardíaca, para que o paciente consiga voltar as suas atividades com melhor qualidade de vida.

Portanto concluímos nossas pesquisas enfatizando que os cuidados de enfermagem deverão ser contínuos e ausente de erros para que a vida deste paciente não seja comprometida e para se atingir tal pressuposto a equipe no todo deverá estar atenta para que o retorno deste paciente as atividades do dia a dia seja o mais breve possível sem que haja complicações e transtornos na sua saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <http://www.fepar.edu.br/revistaeletronica/index.php/revfepar/article/view/53/65>
Acessado em 08/07/2018.
- <http://seer.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/viewFile/11639/10314> Acessado em 08/07/2018.
- <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4037/42903> Acessado em 08/07/2018
- <http://www.medicinanet.com.br/> Acessado em 08/07/2018
- http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000300006&script=sci_arttext&tlng=pt Acessado dia 04/07/2018
- Revista brasileira terapia intensiva 2008.pag 226 -234.
- Clancy CA, Wey JM, Guinn GA. The effect of patient's perception on return to work after coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung* 1984; 13(2):173-6. 3. Gregersen RA, McGregor MS. Cardiac surgery. In: Underhill SL, Woods, SL, Froelicher, ES, Halpeny, CJ, editors. *Cardiac nursing*. 2. ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1989. p.537-60. 4. Isogro F, Schmidt C, Pohl P. A predictive parameter in patients with brain related complications after cardiac surgery. *Eur J Cardiothorax Surg* 1997; 11(4):640-4. 5. Verdi JMC, Saadi EK, Barbosa GV. Pré e pós operatório de cirurgia cardíaca. In: Barreto SM, organizador. *Rotinas em terapia intensiva*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993. p. 278-85
- ALVES, R. L. et al. Glicemia Perioperatória e Complicações Pós-operatórias em Cirurgia Cardíaca Pediátrica. *Arq Brasileiros Cardiologia*, São Paulo. v. 97, n.5, p.372- 379, jan./mar. 2011.
- BARBOSA, N. F.; CARDINELLI, D. M.; ERCOLE, F. F. Determinantes de complicações neurológicas no uso da circulação extracorpórea (CEC). *Arq Brasileiros Cardiologia* [online]. São Paulo. v. 95, n.6, p.151-157, abr./jun, 2010.
- BELLER, G. Coronary heart disease in the first 30 years of the 21st century: challenges and opportunities: The 33rd Annual James B. Herrick Lecture of the council on clinical cardiology of the American Heart Association. *Circulation*, Baltimore, v. 103, no. 20, p. 2428-2435, 2001.
- BENSEÑOR, I. M.; LOTUFO, P. A. Estado atual e controle do diabetes melito, da dislipidemia e da hipertensão arterial no Brasil e no mundo: condutas gerais para a adequada manutenção do controle. In: MION JUNIOR, D.; NOBRE, F. *Risco cardiovascular global: convencendo o paciente a reduzir o risco*. 3. ed. São Paulo: Lemos editorial, 2002. v. 3.
- BITENCOURT, J. J. G.; CONCEIÇÃO, S. M. P. *DIS* dicionário ilustrado de saúde. 1 ed. São Paulo: Eureka 2017.
- BRAUNWALD, E.; ZIPES, D. P.; LIBBY, P. *Tratado de medicina cardiovascular*. 6. ed. São Paulo: Roca, 2003. v. 2.
- CARDOSO, S.B. Circulação Extracorpórea e Cirurgia Cardiovascular. *Jornal da Sociedade Brasileira de Cardiologia/PI*. Piauí. v.9, n.1, p.8, 2012.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.

CHALEGRE, S. T; et al. Drenagem venosa assistida a vácuo na circulação extracorpórea e necessidade de hemotransfusão: experiência de serviço. Rev Brasileira Cirurgia Cardiovascular [online]. São Paulo, v.26, n.1, p.122-127, jan./mar, 2011.

JOÃO, P. R. D; FARIA JUNIOR, F. Cuidados imediatos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. J Pediatr. Rio de Janeiro, v. 79, n. 2, nov. 2003.

KUBRUSLY, L. F. Fatores de Risco em cirurgias cardíacas nos septuagenários. Portal do coração. São Paulo.

LAIZO, A.; DELGADO, F.E.F.; ROCHA, G.M. Complicações que aumentam o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva na cirurgia cardíaca. Rev Brasileira Cirurgia Cardiovascular, v. 25, n. 2, p.166-171, abr./jun, 2010.

10. DEPRESSÃO ASSOCIADA AO CÂNCER

Andrielli Moretti
Catiane Becker
Luana Cruz

Orientadora: Joyce Camapum

RESUMO

A depressão, muito conhecida e que passa muitas vezes despercebida, é uma síndrome psiquiátrica altamente prevalente na população em geral. É estimado que acometa 3% a 5% desta. Já nos casos clínicos é ainda maior, é encontrado em 5% a 10%, dos pacientes ambulatoriais são 9% a 16%. Apesar dos números, em população clínica, a depressão não é devidamente diagnosticada e quando isso ocorre, é muitas vezes tratada de forma errada, com doses inadequadas de medicamentos, que compromete a evolução clínica do paciente. Apenas 35% dos doentes são diagnosticados e tratados adequadamente (Hirschfeld Et Al...1997). A presença da depressão piora diversos fatores relacionados a saúde de pacientes clínicos. Alguns estudos descreveram maior mortalidade associada a sintomas depressivos em pacientes idosos com doenças clínicas crônica (Cooper, 2002). Pacientes que tenham doenças clínicas e também a depressão tem maior risco de não seguir as recomendações medicas. Não se pode negar que o diagnostico do câncer é impactante, mas cada um reage de um jeito diferente. A ansiedade, o medo e algumas dúvidas sobre o que vai ser feito a partir daquele momento, podem causar a depressão.

Palavras chaves: *depressão, oncologia, psicoterapia, tratamento.*

1 INTRODUÇÃO

A depressão, além de muito preocupante, às vezes, pode estar associada a alguma doença. Vem sendo estudada a relação entre câncer e depressão, o desenvolvimento da doença e o desencadeamento da depressão durante o tratamento. Não pode ser afirmado que a relação entre câncer e depressão é inescapável.

Há um grande número de pessoas que tem câncer e nunca deprimem, e um número ainda maior de pessoas que nunca tiveram nenhum tipo de câncer, porém, tem a depressão. (Psiquiatra Ricardo Abel).

Um estudo do observatório de oncologia mostra que a chance de um paciente com câncer desenvolver depressão varia de 22% a 29%. Segundo o estudo, pacientes com câncer de mama tem de 10% a 25% de chance de ter o transtorno. (Instituto vencer o câncer).

2 DEPRESSÃO ONCOLÓGICA

Até hoje não se tem comprovações que o câncer e a depressão tem algo relacionado, depressão não é diretamente a causa do câncer, mas pode afetar o paciente quando é descoberto a doença. Geralmente os pacientes que tem o câncer, afeta mais o tratamento da doença, desse modo às expectativas do prognóstico não conseguem ter o sucesso esperado. Nesse caso, pacientes oncológicos com depressão perdem a esperança em vencer a doença, levando a cometer um suicídio.

O tratamento agressivo dos pacientes com depressão em casos que tem o câncer, na maioria das vezes, apresenta estresse emocional, irritabilidade, sono, não sente vontade de se alimentar, entre outros. Geralmente perde a vontade de ter relações sociais em razão da mudança de sua imagem.

Estudos ligados a essa questão têm sido um desafio aos pesquisadores, pois muitos dos sintomas relacionados são diagnosticados com imprecisão, confundindo-se com os demais sintomas desencadeados pela própria doença. O diagnóstico da depressão se torna ainda mais difícil devido às alterações do humor do paciente oncológico, que sente sua vida ameaçada, vivenciando a dor e momentos de intensa fadiga, principalmente ao se submeter aos tratamentos necessários (radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia, etc), (Dr. Chei Tung Teng, Universidade de São Paulo, agosto de 2008).

Alguns fármacos que contém na quimioterapia, por sua vez, pode causar a depressão em alguns pacientes. Essas medicações são necessárias para o processo de tratamento, sendo utilizados corretamente. A equipe de enfermagem, médicos, e principalmente o paciente deve observar se a depressão está afetando o medicamento da quimioterapia, pois não pode suspendê-lo.

2.1 Depressão Oncológica Infantil

A criança tem medo de se expressar, e dizer que está com sintomas de depressão, principalmente por não conseguir identificar as próprias emoções. Por isso, consegue expressar com o seu sofrimento problemas físicos, tristeza, pois é mais fácil do que caráter emocional.

Quando a criança está com depressão, ela se isola, e quando acontece isso se deve observar o seu comportamento.

“Na infância, o mais comum é surgir um comportamento que chamamos de parassuicida. Acidentes podem acontecer com todas as crianças, mas com a criança deprimida são frequentes, porque ela não se protege, cai da árvore, é atropelada, arrebenta-se andando de bicicleta. Mal se refez de um acidente, já está metida em outro. Parece que nunca aprende a resguardar-se.” (Sandra Scivoletto, 25 de julho de 2008)

2.2 Tratamento

Para o tratamento da depressão e tendo a utilização de antidepressivos, e dependendo do avanço ter frequentado uma vez ao mês um psiquiatra e psicólogo, conversar e avaliar o que precisa ser melhorado. Uma vez descoberta a depressão, e havendo melhoras no tratamento, contínuo é importante sempre estar frequentando os profissionais, pois a doença pode voltar.

Alguns medicamentos utilizados para o tratamento da depressão e doenças clínicas são: fluoxetina sertralina, paroxetina, citalopran, escitalopran, fluvoxamina, para paciente que tem baixo potencial e um distúrbio de sono, e regular a química cerebral.

Sendo assim realizar psicoeducação, terapia familiar, terapia comportamental e psicoterapia.

Psicoeducação pode ajudar o paciente a enfrentar situações familiares.

A terapia familiar e associada ao casal, ou família que tenha algum problema que atinge o estado emocional. A terapia comportamental orienta para a melhoria dos sintomas e relaxamento.

Para a melhora do estado clínico da depressão existe a psicoterapia uma conversa ou terapia, resolvendo o que está afligindo o dia-dia do paciente, um processo que ajuda a passar por situações comuns desde estresse e o abalo emocional no fim de um relacionamento ou perda.

Quando descoberta a depressão, procurar uma clínica, ou psicólogo para que possa estar orientando para resolver, sendo com a medicação antidepressiva ou uma psicoterapia. Em Cascavel temos alguns lugares que fazem o tratamento direcionado à saúde mental no, no CASM e hospital FILADELFIA, CAPS.

3 CONCLUSÃO

Neste trabalho conclui-se que, a depressão pode aparecer em qualquer idade, afetando o estado emocional e o meio social. É uma doença, porém tem tratamento com fármacos e psicoterapia, a orientação de um psicólogo que irá buscar saber de onde surge, e investigar o que esta afetando o seu estado psicológico.

Quando há descoberta de um câncer mesmo o paciente mais forte que não deixa se abater, em algum momento acaba se entristecendo e se encontra numa depressão por isso tem vários profissionais a ajudar.

Sendo que no tratamento quimioterápico o paciente tende a se sentir mais fraco, desanimado, por isso precisa do apoio dos profissionais que ajudam a melhorar o estado emocional, alegrando e realizando atividades para ocupar a cabeça evitando a tristeza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<http://caminhoscomplementares.blogspot.com/2011/01/o-que-sao-comorbidades.html>

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000300007

<https://www.vencerocancer.org.br/cancer/noticias/a-depressao-e-o-paciente-oncologico/>

11 ICTERÍCIAS NEONATAL

Douglas Anderdon Vieira Mattje

Francieli Aparecida tramontin

Simone Israel Bozi

Vitor Eduardo Lins

Alessandra Branchi

Orientadora: Jane Beatriz Krause

RESUMO

A partir dos estudos realizados, verificou-se que a icterícia é um quadro clínico muito comum entre os recém nascidos, identificada pela cor amarelada da pele, devido ao aumento de bilirrubina na circulação sanguínea. Na maioria dos casos regride sozinha, ou com tratamento fácil, com banhos de sol ou fototerapia. Porém, se não tratada pode causar toxicidade e atingir o Sistema Nervoso Central ocasionando problemas mais graves.

Palavras-chave: icterícia neonatal, hiperbilirrubinemia, recém-nascido, fototerapia.

1 ICTERÍCIA NEONATAL

Icterícia é popularmente conhecida como “amarelão”, pois deixa a pele, mucosas e as vezes a esclera (parte branca dos olhos) com uma cor amarelo-alaranjado. Esse quadro se dá devido ao aumento de pigmento bilirrubínico circulante no sangue. Cerca de 60% dos recém nascidos a termo (após as 38 semanas) e 90% dos prematuros desenvolvem a icterícia.

O período neonatal se dá do dia do nascimento até os 28 dias de vida, a icterícia é muito frequente nesse período e na maioria dos casos é transitória. A icterícia neonatal pode ser classificada em dois tipos: fisiológica ou patológica.

2 O QUE É BILIRRUBINA?

A bilirrubina é derivada da quebra das hemácias (células vermelhas do sangue) pelo baço, essa quebra gera a bilirrubina indireta, que é captada, processada e transformada pelo fígado em bilirrubina direta, assim ela se transforma em hidrossolúvel (pode ser dissolvida em água), podendo assim ser excretada pela urina e pelas fezes.

Porém, uma pequena parte da bilirrubina direta extravasa para a corrente sanguínea, e quando extravasada em excesso o pigmento se acumula na pele, provocando assim um quadro de icterícia.

É comum que o nível de bilirrubina do recém-nascido se mostre mais elevado após o nascimento, visto que durante a fase em que o feto cresce no ventre, a placenta remove a bilirrubina, sendo que após o nascimento, o fígado vai iniciar seu trabalho, podendo levar algum tempo para se ajustar.

3 MOTIVOS QUE INDUZEM A ICTERÍCIA

a) As hemácias dos recém-nascidos apresentam uma estrutura de vida média mais curta que as dos adultos. Enquanto uma hemácia adulta vive, em média, 120 dias, as hemácias dos bebês duram cerca de 80 dias.

b) Os recém-nascidos têm mais hemácias no sangue que os adultos. Enquanto 50% do sangue do adulto é composto por glóbulos vermelhos, nos recém-nascidos essa taxa chega a ser de 60%.

c) O fígado do recém-nascido é imaturo e a capacidade de excreção de bilirrubina é limitada.

Portanto, a produção de bilirrubina nos bebês é bem maior que nos adultos, sua capacidade de metabolização é bem menor, com conseqüente deposição de pigmentos amarelados na pele.

4 CLASSIFICAÇÃO DA ICTERÍCIA

Como dito anteriormente, a icterícia pode ser classificada em fisiológica e patológica.

4.1 Icterícia fisiológica

É a mais comum, surge entre 48 e 72 horas de vida, os níveis de bilirrubina no sangue são baixos, em torno de 12 a 15%, a evolução dura em média dez dias. O processo de descoberta é feito através de exame físico do paciente, ou então é realizado o exame de sangue para verificar o nível de bilirrubina. Em casos de icterícia de baixa intensidade, indica-se banho de sol por cerca de 10 minutos, antes das 10 horas da manhã e depois das 16 horas. Dependendo do grau pode ser indicado o tratamento com fototerapia.

Geralmente os olhos ficam amarelados quando os níveis séricos de bilirrubina estão entre 2 a 3 mg/dl*. A face torna-se amarela com valores entre 4 e 5 mg/dl, o tronco por volta de 10 mg/dl, e corpo inteiro com mais de 15 mg/dl.

*mg/dl- miligramas por decilitro.

Uma forma de prevenção é o aleitamento materno. Os cuidados principalmente no final da gestação para que o parto aconteça o mais próximo das 40 semanas também são primordiais, evitando assim que o fígado do recém-nascido esteja imaturo.

4.2 Icterícia patológica

Surge nas primeiras 24 a 48 horas de vida, é mais intensa e mais duradoura. O recém-nascido apresenta altos níveis de bilirrubina no sangue, diversas partes do corpo amareladas, principalmente na região de membros inferiores (pernas e pés), e caso não seja tratada pode provocar lesão no sistema nervoso, principalmente encefalopatias.

4.2.1 Fatores que podem desenvolver a icterícia patológica

a) Infecções;

b) Anormalidades biliares, hepáticas ou metabólicas e, principalmente, a incompatibilidade do grupo sanguíneo ou fator Rh;

Na incompatibilidade de Rh quando a mãe é Rh- e o filho Rh+ acontece uma sensibilização (contato com o sangue da mãe) na hora do parto, o organismo materno produz anticorpo anti-Rh-, que vai provocar a degradação nas hemácias na gestação de seu próximo filho, gerando uma icterícia patológica.

c) Icterícia por aleitamento materno: o leite materno contém uma substância chamada pregnanediol, que inibe a ação do glicoronil – tranferase, uma enzima encontrada no fígado que age na transformação de bilirrubina não conjugada (indireta) em bilirrubina conjugada (direta);

d) Síndrome de Crigler-Najjar: deficiência de glicoronil-transferase, de causa genética.

4.2.2 Características da icterícia patológica

a) Aparência da pele amarelada dentro de 24 horas após o nascimento, icterícia prolongada;

b) Aumento rápido da concentração de bilirrubina total no sangue (mais do que 5 mg/dl por dia);

c) Nível de bilirrubina sérica total maior que 17 mg/dl em uma criança nascida a termo, nível de bilirrubina conjugada maior do que 2 mg/dl, ou mais do que 20% da bilirrubina total no sangue.

5 DIAGNÓSTICO

Para o diagnóstico da icterícia deverá ser realizado o exame físico pressionado a testa do recém-nascido com o polegar, se a pele continuar com a cor amarelada após o término da pressão, então é realizado o exame de sangue para verificar o nível de bilirrubina.

No caso de icterícia patológica é realizada a investigação de patologias responsáveis pelo desenvolvimento da icterícia. Também através do histórico familiar, exames de incompatibilidade materno fetal.

6 TRATAMENTO DA ICTERÍCIA NEONATAL

O tratamento com fototerapia é indicado em casos onde o recém-nascido apresenta os níveis de bilirrubina acima de 13% para prematuros, e 15% para nascidos a termo (após 38 semanas de gestação).

6.1 Fototerapia

É muito usada no tratamento da hiperbilirrubinemia nos recém-nascidos, é um processo físico-químico, onde a energia irradiante liberada pela luz diminui a concentração de bilirrubina do sangue.

A bilirrubina é fotossintética, por isso é degradada por oxidação, aumentando assim sua excreção.

A eficácia da fototerapia depende principalmente do comprimento da onda de luz, irradiância espectral (intensidade emitida de radiação), e da superfície corpórea exposta a luz.

A irradiância de cada aparelho deve ser analisada antes do uso, diariamente, para verificar o declínio da irradiância e indicação das trocas de lâmpadas.

A fototerapia consiste em expor a criança à luz, onde o recém-nascido é colocado em berço ou incubadora, com ou sem fralda, com os olhos protegidos, para receber a luz.

É realizado diariamente, sendo interrompido apenas para o banho e para as mamadas. Só deve ser interrompido quando os níveis séricos de bilirrubina chegarem em média a 10%.

6.1.2 Tipos mais comuns de fototerapia

a) Fototerapia convencional: é composta de seis ou sete lâmpadas fluorescentes de 20 watts tipo Day Light, ilumina grande parte do corpo do RN, porém a irradiação é muita baixa. Por isso é utilizada para baixa concentração de bilirrubina.

b) Fototerapia bilistop: a luz é emitida em forma de foco, utiliza lâmpada halógena- tungstênio, que emite alta irradiância de luz azul, indicada para tratamento de recém-nascidos com peso inferior a 2.500g, a explicação para esse fato é que pacientes com baixo peso cabem praticamente dentro do foco luminoso de 20cm de diâmetro, assim recebem luz de alta intensidade em grande parte do corpo.

c) Fototerapia Biliblanket: é uma fototerapia de contato, na qual o RN deita sobre um colchão luminoso, a fonte geradora de luz utiliza uma lâmpada halógena especial. Essa fonte trafega da fonte geradora para o colchão através de um cabo de fibra ótica. Esse colchão no qual o recém-nascido fica em contato é pequeno (13cm x 10cm). Esse método possui um sistema de filtro que permitam a passagem de luz na faixa entre 400 e 500 nanômetros. Utilizado principalmente em prematuros.

d) Fototerapia de alta intensidade: emite alta irradiância em uma grande superfície corporal, utiliza 16 luzes azuis, dispostas em forma de cilindro em um berço de acrílico onde o recém-nascido receberá luz direta. Indicado para neonatos com icterícia severa (acima de 20%).

6.2 Exsanguineotransfusão

Tem como objetivo remover com rapidez o excesso de bilirrubina, para que a mesma não se torne tóxica para o recém-nascido.

É um procedimento médico, no qual o sangue do recém-nascido é retirado e substituído por sangue de um doador compatível. É um tratamento utilizado para tratar icterícia neonatal grave.

Através dessa técnica, cerca de 85% das hemácias são substituídas, quando o volume substituído equivale a duas vezes o sangue total do recém-nascido (cerca de 80ml/kg).

6.3 Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso só é utilizado em casos graves onde a intoxicação aguda da bilirrubina alcança o Sistema Nervoso Central causando encefalopatias, tendo como resultados crises convulsivas, problemas auditivos,

entre outros. Pra que não haja esse agravamento, os familiares devem ficar atentos aos sinais (pele amarelada), mantendo sempre o acompanhamento médico.

A escolha e tempo de tratamento deve ser estabelecido através de avaliação física, de exames laboratoriais, histórico familiar e exames complementares.

7 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM FOTOTERAPIA

7.1 Relacionados ao aparelho de fototerapia

- a) Verificar limpeza e condições operacionais do aparelho antes de iniciar o tratamento;
- b) A distância média da luz da fototerapia deve ficar posicionada entre 35 e 45 cm do paciente;
- c) As lâmpadas devem ser trocadas a cada 200 horas de uso, tendo como auxílio um aparelho que mede a intensidade emitida de radiação;
- d) No caso de fototerapia bilispot deve-se posicionar o foco de luz no início da região torácica até a base das coxas;
- e) Antes de iniciar o uso do aparelho, verificar se a voltagem está de acordo com a rede elétrica;
- f) Não usar em tomadas múltiplas;
- g) Medidas de precaução devem ser tomadas para evitar que as lâmpadas se rompam.

7.2 Em relação ao recém-nascido

- a) A luz deve irradiar na maior parte do corpo do paciente;
- b) Proteger a região genital com compressa (conduta de acordo com a rotina da instituição);
- c) Realizar mudança de decúbito a cada 2 ou 4 horas, a fim de aumentar a área exposta;
- d) Proteger a região ocular do recém-nascido com compressa estéril, que devem ser trocadas a cada oito horas, nesse momento verificar os reflexos de piscar e lubrificação ocular;
- e) Os níveis de bilirrubina devem ser analisados diariamente por exames laboratoriais e não somente pela cor da pele;
- f) Controlar alterações fisiológicas, tais como: urina escurecida, fezes semi líquidas e com tons esverdeados;
- g) Controlar balanço hídrico (quantidade de líquido que entra e que sai);
- h) Controlar SSVV (sinais vitais) principalmente temperatura, além do peso;
- i) Em casos de icterícia por aleitamento materno, suspender a amamentação, tendo cuidado de manter o contato íntimo do recém-nascido com a mãe;
- j) Retirar a proteção ocular antes das mamadas;
- k) Manter os pais informados sobre as condições do recém-nascido;

l) Observar possíveis complicações, tais como erupções cutâneas.

7.3 Condutas gerais da equipe de enfermagem ao neonato em fototerapia

- a) O recém-nascido deve ser admitido na unidade com informações prévias sobre seu quadro clínico;
- b) Higienizar as mãos antes do contato com o recém-nascido;
- c) Manter o cuidado do recém-nascido com o aparelho de fototerapia, descritos anteriormente;
- d) Observar o recém-nascido quanto a choro, palidez, torpor, hiperatividade, convulsões, problemas auditivos.
- e) Manter o recém-nascido aquecido, em uso de oxigenioterapia ou incubadora se necessário;
- f) Manter a família informada sobre todos os procedimentos realizados, bem como riscos e benefícios do tratamento.
- g) Registrar no prontuário do paciente informações sobre os cuidados prestados, o atendimento às prescrições de enfermagem e médicas, além dos cuidados de rotina e a adoção de medidas de segurança do paciente.

8 CONCLUSÃO

A equipe de Enfermagem é a que permanece a maior parte do tempo com os pacientes, notadamente no caso daqueles em internação hospitalar, e este fato oportuniza um contato maior, vez que durante a assistência direta ao paciente é possível identificar as necessidades quanto ao cuidado a ser prestado, bem como acompanhar a evolução de cada quadro através da avaliação criteriosa de sinais e sintomas, e no caso da icterícia neonatal os sinais são facilmente reconhecidos durante o exame físico, sendo que a identificação e os cuidados adequados ao recém-nascido com icterícia poderão evitar complicações posteriores.

Cuidar é a essência da enfermagem, e o cuidado inclui desde o acolhimento do paciente, o levantamento das informações para alcançar o diagnóstico da patologia, o tratamento adequado, mas além disso, o comprometimento dos profissionais com o cuidado humanizado, ou nas palavras do psiquiatra Carl Jung: Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AbcMed. Fototerapia para a icterícia do recém-nascido. 2017. Disponível em: <https://www.abc.med.br/p/exames-e-procedimentos/1309793/fototerapia+para+a+ictericia+do+recem+nascido.htm>. Acesso em 10/10/2018.
- Boa Saúde. Icterícia Neonatal. 2006. Disponível em: <http://dev.boasaude.com.br/artigos-de-saude/4832/-1/ictericia-neonatal.html>. Acesso em 10/05/2018.
- Bosma, P.J.; Chowdhury J.R.; Bakker, C.; Gantla, S.; Boer, A. Oestre, B.A. et al. The genetic basis of the reduced expression of bilirubin UDP-Glucuronosiltransferase 1 in Gilbert's syndrome. *N Engl J Med.* 1995; 333:1171.
- Coelho, LF. Protetor ocular para fototerapia confeccionado em tnt. 2009. Disponível em: <https://www.escavador.com/patentes/347276/protetor-ocular-para-fototerapia-confeccionado-em-tnt>. Acesso em 10/05/2018.
- Conselho Federal de Enfermagem. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução Cofen 564, de 06 de novembro de 2017. Brasília: COFEN, 2017.
- Gilbert, A.; Lereboullet, P.; Lacholemie simple familial. *Semaine Medicine.* 1901;21:241-3.
- Gomes, N.S.; Teixeira, J.B.A.; Barichello, E. Cuidados ao recém nascido em fototerapia: o conhecimento da equipe de enfermagem. 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a18.htm>. Acesso em: 30/05/2018.
- Laugier, J; Gold, F. Manual de Neonatologia. São Paulo: Vozes, 2011.
- Miura, E.; Procianoy, R. S. Neonatologia: Princípios e Práticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Portal Gestação Bebê. Banho de luz no bebê: para que serve e quanto tempo devo fazer? 2017. Disponível em: <https://www.gestacaobebe.com.br/banho-de-luz-no-bebe/>. Acesso em: 20/05/2018.

12 MÉTODOS CANGURU

Mariza Clara Castilhos Limberger Braga
Roseli de Miranda Gonçalves
Sílvia de Souza Leal
Thais Rodrigues
Vilma Correa

Orientador: Rita de Cássia Carneiro

RESUMO

A referente pesquisa sobre o método canguru foi realizada no intuito do conhecimento dessa técnica que foi desenvolvida em 1979 na Colômbia, com intenção de diminuir a mortalidade de recém-nascidos. Cabe a todos da equipe de enfermagem realizar o cuidado integrado nessa assistência, pois geralmente esse cuidado já começa na identificação de grávidas de auto risco, seguindo no parto, nascimento e decorrendo em três etapas iniciais. Vale ressaltar que esse método pode ser realizado com qualquer recém nascido, não apenas os que possuem baixo peso e de nascimento pré-termo. O papel da enfermagem é fundamental para a realização do método seja de forma correta assim proporcionando o contato e desenvolvimento do feto entre os pais e o bebê.

Palavras chaves: método canguru, recém-nascido, assistência, cuidados preventivo, integração da equipe de enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Considera-se o método canguru como sendo a assistência e atenção mais adequada a recém-nascido (RN) pré-termo ou baixo peso.

Pode-se assim ter uma visão mais imediata das necessidades do mesmo, assim se for preciso, deverá se recuperar em alguma unidade neonatal.

Anteriormente, as complicações eram percebidas só após a alta e então eram encaminhados para uma assistência, com profissionais especializados.

O método canguru oferece cuidados para identificação de risco gestacional desde o pré-natal, que é realizado na unidade básica de saúde com continuidade após o nascimento e estende-se a visitas domiciliares ambulatoriais. Com esses cuidados é possível reduzir o nível de mortalidade infantil.

Passam por uma equipe de profissionais capacitados envolvidos, os agentes comunitários de saúde que são geralmente os primeiros a relatar a gestação e orientar os pais da importância do acompanhamento do pré-natal por completo, junto com unidade básica de saúde com médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem. Com isso, é possível melhorar a assistência diante de eventuais complicações, como por exemplo, hipertensão, hemorragia, diabetes e etc. Este método está voltado para atenção integral à saúde da criança, oferecendo planejamento e desenvolvimento de ações coletivas, incentivando a participação da família para melhor observação física, biológica e necessidades especiais de cuidados com o bebê.

2 CONCEITOS MÉTODO CANGURU

Esse método foi desenvolvido na década de 80, quando dois médicos na Colômbia perceberam que havia muito nascimento de bebês prematuros. O que gerava muito tempo de internação, altos custos e muita mortalidade infantil. Leva esse nome, justamente por fazer alusão ao modo com que a fêmea carrega sua cria. A partir daí que deu início a criação de toda essa assistência, com contato mais humanizado. O principal intuito desse método é deixar mãe e filho em contato mais próximo.

O fator mais importante desse método é o contato do bebê na região dos seios, onde traz a sensação de segurança e bem estar para o recém-nascido.

Vale ressaltar que o método canguru, é uma assistência que deve ser prestada a gestante desde o diagnóstico de gravidez de risco, até o bebê atingir 250 gramas. Dessa forma, abrange pré-natal, internação materna, parto e nascimento, internação do recém-nascido e retorno para casa.

A interação da família para a completa realização do método é muito importante.

2.1 Os pilares dessa assistência são

Acolhimento ao bebê e à sua família;
Respeito às individualidades do recém-nascido e de seus pais;
Promoção do contato pele a pele precoce;
Envolvimento da mãe e do pai nos cuidados com o bebê.

2.2 As vantagens da realização do método são inúmeras, dentre elas destacam-se

Reduz o tempo de separação entre a criança e sua família;
Favorece o vínculo pai-mãe-bebê-família;
Possibilita maior confiança e competência dos pais;
Proporciona estímulos sensoriais positivos;
Melhora o desenvolvimento do bebê;
Estimula o aleitamento materno;
Favorece controle térmico adequado;
Reduz o risco de infecção hospitalar;
Reduz o estresse e a dor;
Melhora a comunicação da família com a equipe de saúde.

3 POSIÇÃO CANGURU

O recém-nascido deve ficar em uma posição vertical entre os seios maternos ou paternos. A mãe ou o pai deverão estar sem roupas na parte superior do corpo para que o bebê sinta o calor humano dos pais. Esse contato pele a pele vai fazer com que aumente o vínculo afetivo entre os pais e o bebê.

Tanto a mãe quanto o pai podem realizar esse método, visto que quanto maior interação entre a família, melhor e maior será a eficácia dessa assistência.

O bebê deverá estar usando somente fraldas. Se estiver frio, poderá usar meias, luvas e gorro.

Para que o bebê fique firme (preso) ao corpo da mãe ou do pai, é necessário o uso de alguma faixa ou roupa que proporcione essa firmeza, possibilitando o desenvolvimento de atividades ou até mesmo dormir. Em todos os casos deve ser evitado o uso de nós nas costas, por serem desconfortáveis para sentar ou desenvolver quaisquer atividades.



Fonte: BEBE (2018).

O tempo pelo qual o bebe fica na posição canguru fica a critério dos pais. Porém quando for iniciado é indicado que dure pelo menos uma hora, para que seus benefícios sejam sentidos.

Esse contato pele a pele que o bebe e os pais têm quando o método canguru é realizado é a grande chave para o desenvolvimento do apego e confiança do recém-nascido.

Todo e qualquer recém-nascido pode ser colocado na posição canguru. Especialmente para aquele que possuem peso menor de 250 gramas.

3.1 Etapas Do Método Canguru

A primeira etapa começa logo quando a gestante é classificada como gestação de auto risco. Segue pelo parto e segue até a internação hospitalar do recém-nascido. Nessa etapa os pais já estão familiarizados com a equipe que anteriormente prestou os primeiros cuidados e informações sobre como seria esse tratamento após o nascimento.

É recomendado que a mãe esteja alocada em local próximo ao hospital para garantir o aleitamento materno.

Na segunda etapa a mãe poderá ficar em tempo integral na unidade onde o bebê está internado. Essa é a etapa mais importante, pois é nesse momento que o vínculo materno/paterno irá se formar. A atenção da equipe de enfermagem e agentes de saúde também deve se intensificar nessa etapa, fazendo com que a chegada desse recém nascido em casa seja de forma mais preparada e segura.

A terceira etapa compreende a alta hospitalar desse recém-nascido baixo peso ou pré-termo. Nesse período a família receberá atenção da unidade onde tem seu cadastro. É muito importante que seja desenvolvida formas de manter o contato com essa nova família, para que a assistência seja de forma completa. Mesmo para as mães sem parceiros, é muito importante que elas sejam apoiadas por familiares, para o desenvolvimento desse cuidado durante todo o processo.

Esse método, faz com que se desenvolva percepções intimas entre a mãe e o pai do bebê, justamente por isso, não é recomendado que seja realizado por outro familiar, pois é um sentido que deve ser desenvolvido somente naquele circulo.

3.1 Conhecendo O Recem Nascido Pré-Termo E/Ou De Baixo Peso

Até completar 28 dias de nascimento, no período neonatal, a criança é citada como RN (recém-nascida).

O peso e a idade gestacional (IG), são fatores que contribuem para a classificação do RN, tendo como tarefa observar doenças para diminuir a taxa de mortalidade

3.1.2 Classificação Do Rn

A (IG) pode ser definida como um período que começa a partir do primeiro dia da última menstruação até o dia em que o bebê nasce.

O baixo peso é quando o bebê nasce com peso menor que 2500g.

3.1.3 Classificação Quanto A Idade Gestacional

- RN pré-termo: 37 semanas menos de 259 dias.
- RN a termo: Fica entre 37 e 41 semanas 259 e 293 dias.
- RN pós-termo: Fica entre 42 semanas ou acima, 294 dias ou mais.
- As crianças que nascem antes de 9 meses são chamadas de pré-termo. Classificamos os pré-termos como:
 - Pré-termo tardio: (34 e 36 semanas).
 - Pré-termo moderado: (28 e menos de 34 semanas).
 - Pré-termo extremo: (Menos de 28 semanas).

3.1.4 Classificação Quanto Ao Peso De Nascimento

É possível ver as seguintes classificações:

Baixo peso: menos que 2500g.

Muito baixo: menos que 1500g.

Extremo baixo: menos que 1000g.

3.1.5 Classificação Do Rn Quanto À Adequação Do Peso A Idade Gestacional

A divisão se relaciona com peso e com o tempo de gestação, esclarecendo o peso do bebê e seu tempo de gestação, de acordo com o período adequado.

Pode-se fazer as classificações da seguinte forma:

- AIG: Adequado para idade gestacional.
- PIG: Pequeno para idade gestacional.
- GIG: Grande para idade gestacional.

4 CORREÇÃO DA IDADE GESTACIONAL

O desenvolvimento e o acompanhamento do crescimento precisam passar pela idade gestacional corrigida. É preciso fazer essa correção porque alguns RNs nascem prematuros e precisam desse período para se desenvolver, essa correção se estende por 2 anos.

Para calcular, utiliza-se o marco de 40 semanas, sendo considerado RN termo. Na correção, percebe-se a quantidade de semanas necessárias para completar as 40 semanas. Nota-se que o período que faltou para a idade do termo vai precisar ser tirado da cronologia das consultas diárias, inclusive no tempo em que o bebê completar os 2 anos, com base na estrutura e desenvolvimento da mesma, de modo que se pode observar a seguir:

IG	"DESCONTO" da prematuridade
34 semanas	6 semanas = 1 ½ mês
33 semanas	7 semanas = 1 mês e 3 semanas
32 semanas	8 semanas = 2 meses
31 semanas	9 semanas = 2 meses e 1 semana
30 semanas	10 semanas = 2 ½ meses
29 semanas	11 semanas = 2 meses e 3 semanas
28 semanas	12 semanas = 3 meses
27 semanas	13 semanas = 3 meses e 1 semana
26 semanas	14 semanas = 3 ½ meses
25 semanas	15 semanas = 3 meses e 3 semanas
24 semanas	16 semanas = 4 meses

Fonte: Brasil (2015a).

Conforme a idade corrigida, o RN pré-termo precisa ter um acompanhamento com a caderneta específica, seguindo orientações da OMS. O perímetro cefálico, peso, idade e estatura precisam ser corrigidos até os 2 anos.

4.1 Identificando Sinais De Alerta E Sinais De Risco

É de extrema importância que as visitas domiciliares sejam realizadas para que os sinais de alertas de riscos sejam identificados. Com isso, a família deve estar sempre atenta para tais coisas. Os sinais de alerta podem estar na dificuldade da mãe se relacionar com bebê, situações difíceis, não usar o canguru e não usar os métodos corretos.

Os sinais de riscos acontecem quando o bebê sente muito frio, não consegue respirar, não sente fome, não consegue se mexer, fica com a pele roxinha, sente muita dor, febre, perde muito peso, etc.

4.1.2 Rastreamento Das Doenças No Período Neonatal

Entende-se que a triagem neonatal é muito eficaz, onde é possível detectar diversas doenças no recém-nascido, logo após o nascimento ou nas primeiras semanas de vida do bebê. Este período não deve ser superior a 30 dias, sendo de preferência entre o 3º e o 7º dia de vida do indivíduo. A triagem neonatal tem por objetivo diagnosticar doenças genéticas, metabólicas, neurológicas ou psicológicas do bebê. Condição da mãe, condições do bebê, tratamento do RN e diversos fatores podem ser influenciados no resultado da triagem. Esta triagem neonatal é um conjunto de testes laboratoriais. Este rastreamento é feito através de alguns testes:

5 TESTE DO PEZINHO

É feito 24 horas após o nascimento do bebê. É um exame que ajuda a descobrir o risco a doenças genéticas e até a infecções e é coletado antes do sétimo dia de vida, onde é feito um furo no pezinho na parte do calcanhar do bebê e então é extraído o sangue para exame, como é possível observar na imagem abaixo:



Fonte: Blog Livraria Florence.

5.1 Teste Olhinho

É feito assim que o bebê sai da sala de parto, realizado pelo pediatra logo que o bebê nasce, assim é detectado qualquer alteração que vem a cometer algum

risco visual como cataratas e outras doenças, por isso que o teste deve ser feito nos primeiros meses de vida. Este exame é simples e rápido, onde consiste na identificação de um reflexo vermelho que aparece quando um raio de luz ilumina o olho de bebê.

Entre os fatores que levam os bebês a apresentar alterações oculares, existem as infecções intrauterinas, como a rubéola, sífilis, toxoplasmose e citomegalovírus e outros fatores hereditários. Este teste é feito com o oftalmologista e qualquer problema que aparecer posteriormente, os pais devem procurar este profissional.

5.2 Teste Da Orelhinha

É um teste obrigatório por lei que deve ser feito ainda na maternidade. O exame é feito com o bebê dormindo e é usado um aparelho específico na orelha do bebê para detectar problemas auditivos. Segundo o ministério da saúde, todos os bebês que nascem devem fazer o teste auditivo, e esse exame deve ser feito no 2º ou 3º dia de vida, mas pode ser feito em qualquer idade caso os pais desconfiem por algum motivo, que a criança não reage bem aos sons.

Os bebês que podem ter alteração na audição são:

- Os bebês que nascem antes de 38 semanas de gestação.
- Casos na família que apresentam relatos de surdez.
- Bebê que ficou mais de 5 dias na UTI ou que precisou fazer uso de alguns aparelhos para respirar.
- Bebês que nasceram com menos de 1,5 kg ou que apresentaram alguma síndrome. Desde 2010 foi determinado por lei que todos os recém-nascidos devem fazer o teste até os primeiros 3 meses de vida.

5.3 Teste Do Coraçãozinho

Entende-se que todo bebê tem o direito de realizar o teste para detectar alguma má formação no coração. Este teste deve ser feito ainda na maternidade, entre 24h e 48h após o nascimento.

Este teste serve para medir a oxigenação do sangue e os batimentos cardíacos do recém-nascido. Problemas no coração são a terceira maior causa de morte que acometem crianças no Brasil. Quanto mais cedo for diagnosticada, maior são as chances de cura.

Dados da sociedade brasileira de pediatria, indicam que em cada mil bebês nascidos, 8 a 10 crianças podem apresentar malformações congênitas e 2 podem apresentar cardiopatias graves, onde há necessidade de intervenção médica com urgência.

A portaria do ministério da saúde, publicada em 11 de junho de 2014, no diário oficial da união, colocou que era preciso realizar a oximetria de pulso,

conhecido como teste do coraçãozinho sendo parte da triagem neonatal do SUS. A monitoração da oximetria de pulso utiliza o oxímetro para medir o oxigênio do sangue. O oxímetro é um sensor colocado no pulso da mãozinha direita e no tornozelo direito do bebê, assim o aparelho faz a medida da quantidade de oxigênio no sangue e dos batimentos no período de 3 a 5 minutos.

Somente com este exame é possível detectar doenças chamadas cardiopatias congênicas críticas, que são caracterizadas pelo fechamento ou restrição do canal arterial.



Fonte: amigos do santa catarina - Blogger

6 RETINOPATIA DA PREMATURIDADE (ROP)

É uma doença vasoproliferativa da retina, que pode levar a cegueira. A doença pode ser detectada por exames no fundo do olho, onde utiliza-se oftalmoscopia indireta que deve ser feita em todo recém-nascido com peso menor que 1500g ou idade gestacional menor que 32 semanas, entende-se que deve ser feito dentro de 4 a 6 seis semanas após o nascimento.

7 COMPARTILHANDO O CUIDADO NA TERCEIRA IDADE

A terceira etapa começa a partir do momento em que o bebê recebe a alta da instituição e vai até a hora em que esse bebê atinja o peso de 2500g. O relatório de alta são os dados colhidos desde o momento em que a mãe dá a luz até a saída do hospital. Neste relatório estão descritas todas as informações necessárias e ainda cada processo feito durante a estadia do bebê no hospital. É essencial que este documento esteja em ordem, pois é ele que vai auxiliar nas medicações, exames, agendamentos, orientações necessárias, inclusive no aleitamento materno.

8 AGENDA DE ACOMPANHAMENTO DO BEBÊ E DÊ SUA FAMÍLIA

É necessário que a mãe siga essa tabela para melhorar a saúde do bebê e também que durante esse período tenha visitas domiciliares. Na 1º semana a mãe e a criança recebem a visita domiciliar para verificar o desenvolvimento do bebê. Na 2º semana a mãe precisa levar o bebê ao hospital ou até o posto de saúde. Na 3º semana até que o bebê alcance o peso é preciso que a visita domiciliar ocorra constantemente.

8.1 a visita domiciliar e o atendimento na unidade básica de saúde

Nas visitas domiciliares, é importante sempre verificar o funcionamento da residência, o perfil de cada integrante da família, acompanhar a mãe durante a amamentação e a criança até que atinja o peso, estar sempre orientando os pais com os cuidados do bebê, fazer busca ativa para vacinação, monitorar as consultas e etc. Essas visitas domiciliares precisam ser feitas toda semana e é uma forma de conscientizar e integrar a população. Os profissionais das UBSs também ajudam nesse processo. É importante que os pais procurem sempre esses profissionais para terem as informações e para proporcionar ao bebê estabilidade durante o uso do método canguru.

8.2 Orientando os pais nos cuidados

Posição correta do bebê:

O bebê deve se sentir bem confortável e estar livre de qualquer perigo. É preciso colocar o bebê de barriga para cima no berço. Na remoção da fralda é necessário elevar a cabeça e para dormir o mesmo procedimento, e por fim, manter o bebê na posição canguru sempre que possível.

Controle de temperatura:

A posição canguru mantém uma boa temperatura que vai de 36,5°C até 37,5°C. Para evitar que o bebê sofra com mudanças de temperatura é preciso manter ele/ela sem umidade, sempre sequinhos, não expor o bebê a lugares gelados e não deixar que ele pegue muito vento.

Observar a evacuação e micção:

É fundamental analisar sempre o cheiro, qualidade, aspecto e a frequência da evacuação e da diurese. A mãe deve estar atenta para essas eliminações e estar sempre informando os profissionais para evitar problemas tardios.

Cuidando de bebê:

Se possível, dar o banho antes que o bebê mame, o sabonete deve ser neutro, não permitir que o bebê tome vento durante e depois do banho, cuidar com a temperatura da água e por fim, que haja a presença do pai.

9 CONCLUSÃO

Com a realização do presente trabalho, concluiu-se que esse é um método relativamente novo, visto que foi desenvolvido há cerca de mais ou menos 30 anos.

É de grande importância, sua realização visando o bem estar do recém-nascido e também na integração da nova família.

Foram abordados diferentes tópicos, como as primeiras fases para realização do dessa assistência, as principais doenças e exames que são realizados, como se faz a pega certa, como identificar um recém-nascido pré termo e com baixo peso, e perguntas interessantes de serem feitas após a alta para casa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BEBE, gestação. **Como é o método mãe canguru?**. Disponível em <<https://www.gestacaobebe.com.br/como-e-o-metodo-mae-canguru/>>.

Acessado em 21 JUL. 2018

13 PRIMEIROS SOCORROS

Adriana Gama
Angelize Ferreira
Dara da Silva Dantas
Gabriella da Silva Ferreira
Paola Monteiro
Orientador: Ricardo dos Santos

RESUMO

Segundo a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, primeiro socorro nada mais é do que a primeira assistência a uma pessoa que se encontra ferida ou desacordada estabilizando o paciente até a chegada de ajuda profissional. Primeiros socorros não se enquadram somente em aspecto físico, mas, também em atendimento psicológico. Muitas são as situações que necessitam de primeiros socorros, tais como: fraturas, luxações, contusões, queimaduras, parada cardiorrespiratória, acidentes de trânsito e até mesmo transporte de pacientes.

PALAVRAS-CHAVES: Osteoporose; Queimaduras; Acidentes de trânsito; Parada Cardiorrespiratória; Transporte de paciente; Fraturas.

1. FRATURAS, LUXAÇÕES E CONTUSÕES

1.1 Fratura

Uma fratura óssea é a perda da continuidade de um osso, que o divide em dois ou mais fragmentos. As fraturas ósseas são acontecimentos muito frequentes. Embora haja várias causas acidentais de fraturas, cerca de 40% das fraturas acontecem no ambiente doméstico.

Quando algum fragmento ósseo fica exposto, é chamado de fratura exposta, um tipo de fratura particularmente grave devido ao risco de infecção no osso e no ferimento. O tratamento depende de diversos fatores, como local afetado, gravidade, características da lesão, idade do paciente, estado nutricional, entre outros.

A fratura pode ser classificada quanto sua exposição sendo uma fratura fechada quando não houver rompimento da pele, ou aberta (fratura exposta) quando a pele sofre rompimento (rasga) no local da lesão óssea. As fraturas expostas exigem cuidados especiais devido ao risco de contaminação, portanto um cuidado muito importante no procedimento de primeiros socorros nesses casos é cobrir o local com um pano limpo ou gaze, manter o membro na mesma posição e procurar atendimento médico imediatamente.

1.1.2 Localizações principais

As fraturas mais graves e de delicado tratamento são as mais próximas do tronco; fraturas da bacia em geral são consideradas grave, acompanhadas de choque e podendo ocasionar lesões na bexiga e no reto, também pela proximidade de grandes vasos pode ocorrer uma hemorragia interna.

Fratura do crânio por sua vez pode afetar o encéfalo, as lesões cerebrais seriam responsáveis pelo choque neurogênico, ou ainda medular onde pode causar paralisia dos membros, coma e morte do paciente.

A fratura do crânio é uma ocorrência mais comum nas grandes cidades, devido aos acidentes automobilísticos, e apresenta maior índice de mortalidade em relação a qualquer outro tipo de fratura.

Lesões medulares também são comuns nesses acidentes, também são ocasionados por mergulhos, quedas, e trauma por ferimento por arma de fogo, ou agressões, porém muitas vezes uma assistência errada pode causar uma lesão permanente, agravando o estado do paciente.

O socorrista deve ficar atento a sinais como: confusão mental, alterações pupilares, agitação, mantendo o alinhamento cervical, acalmar o paciente, se necessário realizar o rolamento de 90° em bloco caso o paciente apresente asfixia por sangue ou êmese. Se necessário transportar o paciente colocá-lo em maca, podendo também improvisar com uma tabua ou porta, desde que mantenha o paciente alinhado e seguro.

1.1.3 Fratura fechada - sinais indicadores

Dor ou grande sensibilidade em um osso ou articulação. Incapacidade de movimentar a parte afetada, além do adormecimento ou formigamento da região. Inchaço e pele arroxeadada, acompanhado de uma deformação visível do membro machucado e trepidação.

1.1.4 O que não fazer

Não movimente a vítima até imobilizar o local atingido. Não dê qualquer alimento a vítima, nem mesmo água.

1.2 Luxação

É a perda total do contato entre os ossos de uma articulação, causada pelo deslocamento de um dos ossos, resultando em graves lesões nos ligamentos. Como resultado, os ossos ficam mal posicionados, causando deformidade articular, dificuldade ou impossibilidade de realizar movimentos. A luxação pode ser total, quando os ossos ficam completamente separados, ou parcial, quando ainda existe um contato parcial entre os ossos;(figura 1).



Figura 1

1.2.1 Sinais e sintomas

- Dor local intensa;
- Dificuldade em movimentar a região afetada;
- Hematoma;
- Deformidade da articulação;
- Inchaço.

1.2.2 Primeiros socorros

- Movimentar o mínimo possível o local afetado;
- Não tentar colocar o osso no lugar;
- Proteger ferimentos com panos limpos e controlar sangramentos nas lesões expostas;
- Imobilizar o membro afetado antes de remover a vítima.
- Atentar para choque por dor.

1.3 Contusão

Uma contusão é o resultado de um golpe, uma pancada. A contusão muscular, por exemplo, ocorre quando uma força inesperada de compressão atinge o músculo, como acontece num golpe direto.

1.3.1 Imobilizações

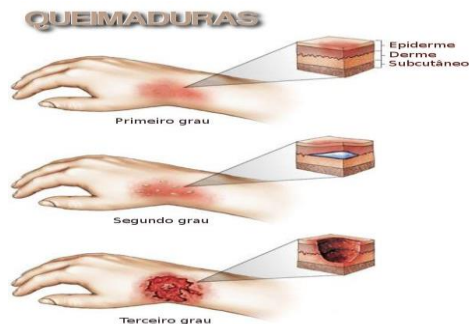
Improvise uma tala: amarre delicadamente o membro machucado (braços ou pernas) a uma superfície, como uma pequena tábua, revista dobrada, cabo de vassoura ou outro objeto qualquer. Use tiras de pano, ataduras ou cintos, sem apertar muito para não dificultar a circulação sanguínea. Improvise uma tipoia: use um pedaço grande de tecido com as pontas presas ao redor do pescoço. Isto serve para sustentar um braço em casos de fratura de punho, antebraço, cotovelo, costelas ou clavícula. Só use a tipoia se o braço ferido puder ser flexionado sem dor ou se já estiver dobrado, se não puder imobilize o membro reto, e fixe junto ao corpo.

2 QUEIMADURAS

No Brasil, as queimaduras representam um agravo significativo à saúde pública. Algumas pesquisas apontam que, entre os casos de queimaduras notificados no País, a maior parte ocorre nas residências das vítimas e quase a metade das ocorrências envolve a participação de crianças.

As queimaduras são classificadas quanto ao grau de profundidade, figura 2:

FIGURA 2:



FONTE: Paulo Renato de Paula, M.Sc; Ph.D (2018)

2.1 Queimaduras de primeiro grau

Essa queimadura é a menos grave, ocorre na epiderme que é a parte superficial da pele é causada por raios solares. Nesse caso, o que devemos fazer é deixar cair água corrente sobre a queimadura por bastante tempo, para aliviar a sensação de dor e ardência causada no paciente.

2.1.2 Queimaduras de segundo grau

Ocorre na epiderme e na derme, o sintoma pode ser os mesmo da queimadura de primeiro grau, podendo ocorrer também bolhas na região afetada.

Nesse caso, devemos deixar cair água corrente sobre a lesão; lavar levemente com sabão neutro, ou um anticéptico; devemos fazer curativo sobre a lesão e retirar somente depois de 48 horas, para que não ocorra nenhuma infecção. Não deve furar as bolhas.

2.1.3 Queimaduras de terceiro grau

Ocorre em todas as camadas da pele epiderme, derme e subcutânea. Essa é a queimadura mais graves de todas, podendo haver até riscos de morte. Nesse caso, a primeira coisa a se fazer é proteger a lesão com um pano limpo e úmido, e chamar um médico, **não se deve por nenhum tipo de produto sobre as lesões**, como borra de café, margarina, clara de ovo dentre outros produtos populares.

Também temos a queimadura de quarto grau. Essa queimadura apresenta todos os sintomas da queimadura de terceiro grau, a lesão vai além da pele podendo atingir os ossos, causando uma carbonização do tecido.

3 TRANSPORTE DO PACIENTE

O ato de transportar deve reproduzir segurança e eficiência. Para se fazer o transporte ou remoção do paciente de um determinado lugar para outro, a

pessoa que irá realizar o transporte tenha um pouco de noções básicas de como atuar de forma correta e adequada.

Considera-se o transporte seguro quando, a equipe é responsável pelo paciente sabe quando fazê-lo e realizá-lo, ou seja, deve haver indicações para o transporte e, principalmente, planejamento para fazê-lo, se assegurar a integridade do paciente, evitando o agravamento de seu quadro clínico

Algumas contra indicação para o transporte de paciente:

- Incapacidade de manter oxigenação e ventilação adequadas durante o transporte ou durante a permanência no setor de destino;
- Agitação psicomotora;
- Equipe de transporte inadequada ou não preparada.

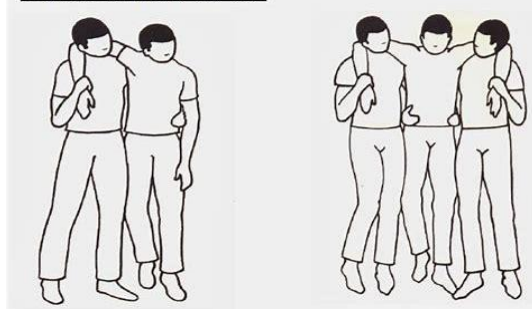
Meios de transporte:

- Terrestre (ambulância);
- Aéreo (helicóptero ou avião);
- Aquático (ambulância).
- Maca
- Cadeira
- Cobertor

3.1 Transportes de apoio

Este tipo de transporte é usado para as vítimas de vertigem, de desmaio, com ferimentos leves ou pequenas perturbações que não os tornem inconscientes e que lhes permitam caminhar.

TRANSPORTE DE APOIO

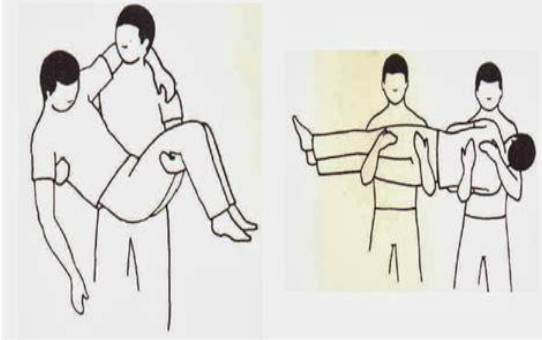


Fonte: Portal educação/2019

3.1.2 Transporte ao Colo

Usa-se este tipo de transporte em casos de envenenamento ou picada por animal peçonhento, estando o acidentado consciente, ou em casos de fratura, exceto da coluna vertebral.

TRANSPORTE EM BRAÇO



Fonte: Portal educação/2019

3.1.3 Transporte de Cadeira

Vítima, da seguinte maneira: uma pessoa segura a parte da frente da cadeira, onde os pés se juntam ao assento. O outro segura lateralmente os espaldares da cadeira pelo meio. A cadeira fica inclinada para trás, pois a pessoa da frente coloca a borda do assento mais alto que a de trás.

TRANSPORTE EM CADEIRINHA



Fonte: Portal educação/2019

4 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

A parada cardiorrespiratória é a interrupção abrupta da atividade cardíaca e respiratória. Embora esta interrupção seja potencialmente reversível, em muitos casos torna-se irreversível e é causa da morte.(A.H.A,2015)

A parada cardiorrespiratória é com certeza uma das mais graves situações relacionadas a primeiros socorros. Por isso requer conhecimentos a profissionais da saúde em um ambiente hospitalar e até mesmo pessoas que não tem contato com a área. No Brasil a cerca de 150 mil casos anualmente, sendo pessoas com mais de 60 anos afetadas.

4.1 Principais causas

Doenças cardíacas são a principal causa de morte em todo o mundo e em cerca de 60% destas mortes ocorre uma Parada Cardíaca Súbita (PCS). A parada cardíaca súbita corresponde a 80% das paradas cardiopulmonares.

4.1.2 Primeiros socorros:

O primeiro passo a ser tomado é a segurança do local onde se encontra a vítima para manter a segurança tanto dela quanto do profissional.

Se o primeiro socorro for ao trânsito, o ideal é garantir a sinalização do local para que não ocorram acidentes.

4.1.3 Identificar a parada cardiorrespiratória

Verifique os três sinais ausentes no caso de uma parada cardiorrespiratória (PCR).

- Ausência de consciência
- Ausência de pulso
- Ausência de respiração

Chame a vítima, se estiver inconsciente, tente sentir o pulso carotídeo (artéria no pescoço ao lado da garganta), se não tiver sentindo tente visualizar movimentos respiratórios, se também estiver ausente, chame o socorro e inicie as manobras de ressuscitação.

4.1.4 Chame o socorro

Ligue para o SAMU (Sistema de Atendimento Móvel de Saúde). Telefone 192, responda todas as perguntas que serão feitas e aguarde no local a chegada dos socorristas.

4.1.5 Compressões torácicas

Uma das manobras para reverter uma parada cardiorrespiratória é as compressões torácicas.

- Fique de joelhos ao lado da vítima;
- Tire ou corte as roupas que estão na parte superior da vítima;
- Coloque uma das mãos no osso esterno e a outra sobre a primeira mão entrelaçando os dedos. Estique os braços e mantenha um ângulo de 90°;
- Realize as compressões mantendo 100 a 120 compressões por minuto. Deve ter no mínimo 5 cm de profundidade.

4.1.7 Ventilações

Deve ser feita após as compressões se tiver o aparelho de ventilação manual (bolsa, válvula e máscara) popularmente conhecido por ambu.

Se estiver sozinho no local realizar apenas as compressões torácicas, evitando assim o risco de contaminação por fluidos.

As ventilações deverão ser de 1 por segundo. Antes das compressões e ventilações é necessário manter a abertura das vias aéreas, inclinando a cabeça para trás.

Segundo a (AHA,2015) a taxa de compressão e ventilação com dois socorristas treinados são de: 30 compressões e 2 ventilações.

5 ACIDENTES DE TRANSITO

Apesar do número de acidentes ter diminuído de 2015 até agora com uma queda de 10%, por outro lado o número de internamento por motivos de ferimentos aumentou por volta de 14% mesmo com a queda no ano anterior (2017) ainda foram 434.246 indenizações pagas tanto para acidentados ou em casos de invalidez também e gastos hospitalares e medicamentos 1/3 desse número total correspondem a motociclistas.

Levando em conta toda essa diminuição nos acidentes mais ainda assim há muita violência e imprudência no transito uma delas e o abuso da velocidade dentro da cidade e em rodovias, ultrapassagem em lugares proibidos e outra perigosa mistura de álcool e direção ou drogas e direção ou a mais comum de todas a distração de mexer no telefone celular enquanto se dirige seu carro apesar de inúmeras campanhas de conscientização muitos motoristas ainda teimam em ser imprudentes e inconsequentes e com isso acabam por se envolver em acidentes em algumas vezes com um final não tão feliz assim.

5.1 Os tipos de acidentes de transito mais comuns são:

O Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (DNIT) classificou em 15 categorias os acidentes de transito nas estradas federais, lembrando que alguns deles sempre representam a maioria dos casos.

5.1.2 Os mais frequentes são

- Colisão traseira;
- Saída da pista;
- Choque transversal;
- Choque com objeto fixo (caçamba de lixo, postes, etc.)
- Capotagem;
- Colisão frontal.

Todos esses tipos de ocorrência são de auto nível de periculosidade, dependendo de sua gravidade oferece grande risco a vida.

5.1.3 Os incidentes que mais tiram a vida são:

De acordo com DNIT (Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes) são as seguintes:

- Colisão frontal;
- Atropelamento;
- Saída da pista;
- Ultrapassagens em lugares proibidos.

As estatísticas mostram que vítimas fatais de acidentes de trânsito em sua maioria são masculinas com 82,38%, no entanto, as vítimas femininas representam 17,62% desses números, com idade entre 20 a 49 anos, com (61,86%) do sexo masculino e (47,64%) do sexo feminino.

5.1.4 Primeiros socorros em casos de acidentes de trânsito

Quando presenciamos um acidente de qualquer intensidade as atitudes corretas a serem tomadas são:

- Sinalizar o local do acidente, para evitar outros acidentes;
- Observar como estão as vítimas do acidente;
- Chamar uma ambulância: discar 192;
- Polícia: discar 190;
- Bombeiros: discar 193, se necessário;
- Manter as vítimas calmas e acordadas em caso de sonolência e/ou desorientação;
- Caso o indivíduo esteja de capacete, não tirar o mesmo;
- Não dar líquidos para a vítima beber;
- Evitar mexer nas vítimas para não agravar possíveis lesões a coluna;
- Verificar se o indivíduo respira sozinho caso não consiga ou se está preso em algum local;
- Manter-se afastado do local se houver perigo de incêndios ou explosões;
- Observar se há pontos de hemorragia externa e tentar pará-la pressionando o ferimento até que cesse o sangramento ou até que chegue ajuda profissional;
- Manter a vítima com o corpo aquecido enquanto espera pelo socorro com cobertores se possível, blusas ou algo semelhante.

Em um acidente de trânsito pode haver graves ferimentos, mas os primeiros socorros podem ajudar a salvar a vítima.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiros socorros não é só aplicar as técnicas e conhecimentos, mas também verificar como está o estado do paciente, conversar com ele, mantê-lo calmo e consciente. O objetivo dos primeiros socorros é manter um quadro estável da vítima para evitar a piora do mesmo, até a chegada do médico socorrista.

Conclui-se que é de extrema importância o conhecimento de todos sobre primeiros socorros porque para cada situação existe uma técnica e um tratamento diferente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>

<https://www.minhavidacom.br/saude/temas/queimaduras>.

<http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2109-queimaduras>.

<https://brasilescola.uol.com.br/biologia/diferenca-entre-fratura-entorse-luxacao.htm>.

<http://www.isaudebahia.com.br/noticias/detalhe/noticia/voce-sabe-a-diferenca-entre-entorse-luxacao-e-fratura>.

<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/transporte-do-paciente/30566>.

<https://www.tuasaude.com/parada-cardiorrespiratoria/>

<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/direito/transporte-de-acidentado-de-forma-adequada/55731>.

<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manualdeprim-eirossocorros.pdf>

Editora = NILSON

ISBN: 978-85-924969-4-4

