

TECNOSAÚDE - IV

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

TECNOSAÚDE - IV

1ª Edição



**Cascavel
2020**

TECNOSAÚDE - IV

Diretoria do CENAP
Adilson Antônio Scopel
Vanda Marilda Paes Scopel

CAPA: <https://pixabay.com/pt/vectors/corona-virus-a-sars-cov-2-covid-19-4944191/>

T253 TECNOSAÚDE – IV / Nilson Rosa de Faria; Márcia Adriana Pires de
Oliveira. ---. Cascavel (PR): CENAP, 2020.
114 p.

1. Cuidado-Pacientes. 2. Pandemia-coronavirus. 3. Bem-estar social. 4. Isolamento social. I. Faria, Nilson Rosa de. II. Oliveira, Márcia Adriana Pires de. III. Título.

CDD 20. ed. 610.737
614.4

Bibliotecária Rosângela A. A. Silva - CRB9/1810

REGISTRO=

f6ffbb19b1afb931aNNNN57614db756a69fb185faa845da93dd95d17b
c1fffc36850ac607dafdbc7dcba3d76738c1b7bf277112cc296e86136ff
31d623d723a63a05

Editora = NILSON
ISBN: 978-65-00-10128-7 .



TECNOSAÚDE - IV

COLABORADORES

ADRIANA SUSZEK
ANA PAULA LUIZA GRANDI
ANDREIA DE FATIMA DA SILVA DE JESUS
ANGELA MARIA VICENTE
CLEANE MÔNICA DAL POZZO
CLEDINEIA VIEIRA BUENO
CLEOCIR DAL POZZO
DALSON GABRIEL BONEMBERGER
DAVID DANIEL SILVA
MARIA APARECIDA MOREIRA
JACQUELINE GASPAR CAPELÃO
KEILE SALETE DE SOUZA
LISLIE LOANA GUELES
MÁRCIA A. PIRES DE OLIVEIRA
MÁRCIA ADRIANA PIRES DE OLIVEIRA
MARIA EDUARDA FREIRE PEREIRA
MARIA ELISA DONADEL DOS SANTOS
MARIZA CLARA CASTILHOS LIMBERGER BRAGA.
RITA DE CASSIA MARTINS DA SILVA CARNEIRO
ROSELI DE MIRANDA
SANDRO CEZAR SENHEM
SILVIA DE SOUZA LEAL
TASIANE FREITAS
THAYNÁ NATHALLY PETRY DE PAULA.
THEREZINHA DINA AZEVEDO LUQUEZ DE
QUADROS
VAGNER RODRIGUES ALCIDES
VANESSA MULHMANN
VILMA APARECIDA GONÇALVES CORREIA.

Diretoria do CENAP
Adilson Antônio Scopel
Vanda Marilda Paes Scopel

SUMÁRIO

1 A PANDEMIA: ISOLAMENTO NO HOTEL RELATO DE EXPERIENCIA.	07
2 A PANDEMIA: UBS SÃO CRISTOVÃO	12
3 CLIMA ORGANIZACIONAL: E SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	19
4 CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS	36
5 CUIDADOS PÓS OPERATÓRIOS DE PACIENTES REVASCULARIZADOS	54
6 EQUILÍBRIO OCLUSAL EM PRÓTESE TOTAL	78
7 HISTÓRIA DA PRÓTESE FIXA	86
8 MÉTODO CANGURU	103
9 PROTESE DENTÁRIA - INÍCIO E EVOLUÇÃO	121
10 PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL	138

TECNOSAÚDE - IV

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.

Diretoria do CENAP

Adilson Antônio Scopel

Vanda Marilda Paes Scopel

1 A PANDEMIA: ISOLAMENTO SOCIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

PROFESSORA: RITA DE CASSIA MARTINS
DA SILVA CARNEIRO
ENFERMEIRA: THEREZINHA DINA
AZEVEDO LUQUES DE QUADROS
ENFERMEIRA: MARIA APARECIDA
MOREIRA
MEDICA: VANESSA MULHMANN

RESUMO

A PANDEMIA NO BRASIL ESTA SENDO UM PERÍODO DE MUITAS MUDANÇAS QUE TIVEMOS QUE NOS ADAPTAR AO MOMENTO DO NOVO AO DESCONHECIDO, E UTILIZAR DE ESTRATÉGIAS PARA PODERMOS CONTER O AVANÇO DA TRANSMISSÃO DO VÍRUS E PRINCIPALMENTE O ISOLAMENTO SOCIAL COM GRANDE IMPORTÂNCIA PARA PROTEÇÃO DE NOSSA FAMÍLIA.

OBJETIVO:

PROPORCIONAR UMA SEGURANÇA MAIOR A FAMÍLIA EVITANDO A TRANSMISSÃO DO VÍRUS DE UM AMBIENTE HOSPITALAR PARA AMBIENTE FAMILIAR, E COM ISSO PROTEGENDO NOSSOS FAMILIARES, DEVIDO AS CONDIÇÕES QUE COLOCAM OS MESMOS EM RISCOS COM PRÉ DISPOSIÇÃO DE UMA CONTAMINAÇÃO E DE DESENVOLVER A

TECNOSAÚDE - IV

FORMA MAIS GRAVE DA DOENÇA DEVIDO SUAS COMORBIDADES. .

METODOLOGIA

TRATA-SE DE UM RELATO DE EXPERIÊNCIA VIVENCIADA EM UM HOTEL DA CIDADE DE CASCAVEL/PR, ONDE POR ESTAR NA LINHA DE FRENTE AO CORONAVÍRUS POR OPÇÃO E APOIO DO MUNICÍPIO ESTAMOS ATUALMENTE MORANDO NO HOTEL PARA PREVENÇÃO DE NOSSA FAMÍLIA ISOLAMENTO SOCIAL, ONDE NÓS TIVEMOS QUE LIDAR COM A SAUDADE E UTILIZAR DE ESTRATEGIAS COMO MEDIDAS DE PREVENÇÃO EM UM MOMENTO QUE A SITUAÇÃO DO PAIS CONTRA O CORONAVÍRUS ESTÁ CADA VEZ MAIS PREOCUPANTE DEVIDO AO AUMENTO DO NUMERO DE CASOS.

ONDE TIVEMOS QUE LIDAR COM O PRÓPRIO ISOLAMENTO INDIVIDUAL EM QUARTOS PRIVATIVOS ONDE E SERVIDO AS PRINCIPAIS REFEIÇÕES, OS PROFISSIONAIS DO HOTEL ONDE TODOS DEVIDAMENTE PROTEGIDOS COM MASCARAS E HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL CONFORME PROTOCOLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

FOMOS RECEBIDOS DE FORMA PRESTATIVA E HUMANIZADA PARA QUE OS IMPACTO DESTES ISOLAMENTO NÃO TORNE AINDA MAIS TENSO.

NESTE MOMENTO DE AFASTAMENTO TIVEMOS QUE LIDAR COM NOSSOS PRÓPRIOS MEDOS, INCERTEZAS E OS DESAFIOS COM UMA GRANDE PREOCUPAÇÃO QUE NOSSA FAMÍLIA ESTEJA PROTEGIDA NESTE MOMENTO DO ENFRENTAMENTO DA COVID-19.

RESULTADOS E DISCUSSÕES:

O DISTANCIAMENTO SOCIAL FAMILIAR DIANTE DESTA PANDEMIA VEM NOS TRAZENDO GRANDES DESAFIOS PRINCIPALMENTE EM RELAÇÃO AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO RELACIONADAS AO AMBIENTE FAMILIAR; A NOSSA MAIOR PREOCUPAÇÃO É UMA CONTAMINAÇÃO POR NÓS ESTARMOS EXPOSTOS AO VÍRUS O TEMPO TODO, ISTO PODEM NOS TRAZER IMPACTOS PSICOLÓGICOS E CONSEQUÊNCIAS IMPORTANTES PARA NOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE A CURTO E A LONGO PRAZO DEVIDO A MUDANÇAS E PRINCIPALMENTE AO AFASTAMENTO DE PESSOAS IMPORTANTES DO NOSSO MEIO SOCIAL.

CONCLUSÃO:

A EXPERIÊNCIA DO AFASTAMENTO SOCIAL FAMILIAR NESTE MOMENTO FAZ SENTIR A IMPORTÂNCIA DE VALORES AFETIVOS, MOMENTO DE REFLEXÃO, E SOMENTE COM ESTA ATITUDE PODEMOS PASSAR POR ESTE MOMENTO COM UM BOM EQUILÍBRIO ENTRE TRABALHO E FAMÍLIA.

TECNOSAÚDE - IV

E SOMENTE ATRAVÉS DE MEDIDAS COMO ESTA QUE PODEMOS CONTER O AVANÇO DO COVID-19 E PRINCIPALMENTE NÓS PROFISSIONAIS DA ÁREA NOSSO PRINCIPAL OBJETIVO É A PREVENÇÃO.

DESCRITORES: SAÚDE, PREVENÇÃO

BIBLIOGRAFIA

pubmed.com.br/coronavirus isolamento social em tempos de pandemia

<https://bvsmms.saude.gov.br>

ministério da saúde-www.saude.gov.br...



Foto: arquivo pessoal



Foto: arquivo pessoal

TECNOSAÚDE - IV

2 A PANDEMIA: ORIENTAÇÃO E ACOLHIMENTO A POPULAÇÃO DURANTE A PANDEMIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE REFERENCIAM:

COVID 19: um relato de experiência / Unidades são Cristóvão / Cascavel / Paraná

PROFESSORA: RITA DE CASSIA MARTINS DA SILVA
CARNEIRO

ENFERMEIRA: THEREZINHA DINA AZEVEDO LUQUEZ DE
QUADROS

ENFERMEIRA: ANA PAULA LUIZA GRANDI

PSICÓLOGA: MARIA ELISA DONADEL DOS
SANTOS

RESUMO

A infecção humana pelo novo corona vírus (2019-Cov), teve início na cidade de Wuhan na China, onde os primeiros pacientes foram diagnosticados com quadros de síndrome respiratórias leves e agravamento para pneumonia severa; O primeiro caso registrado no Brasil segundo Ministério da Saúde foi em 26/02/2020 na cidade de São Paulo; Conforme dados do Ministério da Saúde a transmissão (SARS-Cov-2) ocorre diretamente e indiretamente ao contato com o vírus em contato com pessoas infectadas mesmo sem o

aparecimento de sinais e sintomas e ou superfícies contaminadas devido a sobrevida do vírus fora do seu hospedeiro natural.

OBJETIVO

Proporcionar orientações básicas educativas e preventivas da transmissão e sintomas associados ao novo corona vírus.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciada na UBS da cidade de Cascavel/Pr unidade onde atualmente e referência para sintomas respiratórios e associações, o atendimento e realizado com consultas agendadas pelo CALCENTER programa criado especialmente neste momento de Pandemia para direcionamento da população, onde e realizado uma triagem telefônica com profissionais da área da saúde e o direcionamento dos pacientes para área especializada e em sequência a uma consulta médica.

Os pacientes agendados são recebido pela equipe de recepção, onde são orientados a aguardar no espaço destinado na área externa do posto saúde

TECNOSAÚDE - IV

onde a acomodações com cadeiras e mantendo a distância de 2 metros, álcool em gel para higienização das mãos e reforçando o distanciamento social.

Após realizando-se a triagem pela equipe de enfermagem em salas identificadas com profissionais paramentados com Epis segundo protocolo do ministério da saúde, após o atendimento e realizado a desinfecção do local.

RESULTADOS E DISCUÇÕES

Durante a pré consulta são aferidos os SSVV e relatados os principais sintomas e são anotados no prontuário eletrônico do paciente, e neste momento e repassado orientações e a importância do isolamento social, utilização de mascaras, higienização frequente das mãos e limpeza do ambiente domiciliar.

CONCLUSÃO

A experiência vivenciada neste momento é de grande importância por ser uma condição que vem nos proporcionando atualizações e novos protocolos devido o momento de uma pandemia

onde as mudanças são constantes, além da grande responsabilidade de repassar a população a importância da educação em saúde para prevenção desta doença como também de outras doenças típicas da estação e sintomas relacionados.

DESCRITORES: educação e saúde – prevenção - população

REFERÊNCIAS: Nota informativa secretaria de Estado da Saúde- Pr 24/01/2020 Boletim Epidemiológico- COE Secretaria de Vigilância em Saúde- MS 01/01/2020

<https://www.saude.gov.br>

TECNOSAÚDE - IV



Foto arquivo pessoal



Foto arquivo pessoal

TECNOSAÚDE - IV



Foto arquivo pessoal

3 CLIMA ORGANIZACIONAL: E SUA INFLÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

MÁRCIA ADRIANA PIRES DE OLIVEIRA

RESUMO

O objetivo identificar como o clima organizacional impacta na qualidade de vida no trabalho e no desempenho pessoal e como influência nos resultados organizacionais da empresa e de seus colaboradores. Ainda assim, os objetivos específicos são voltados para uma conceituação da qualidade de vida no trabalho para obtenção de bons resultados, a suma importância dos programas de qualidade de vida no trabalho e a grande importância do capital humano para as organizações e área da saúde com mais importância. Para atingir os objetivos citados, foram usadas metodologias em uma pesquisa bibliográfica, cujo os objetivos de estudos são descritivos e exploratórios. Atualmente a qualidade de vida no trabalho é assunto de extrema relevância visto que influencia no resultado das empresas mediante um mercado cada vez mais competitivo e exigente. Por isso, se faz necessário que as empresas foquem no capital humano da organização e utilizem meios de motivação e valorização.

PALAVRAS-CHAVE: *Desempenho. Qualidade. Humano. Organizações.*

HISTÓRICO DO CLIMA ORGANIZACIONAL

Durante décadas o homem se dedicou ao seu trabalho, por muitas vezes a sua dedicação com a sua função tem sido maior do que com sua família ou com atividades de lazer. Essa extrema dedicação ao trabalho acarreta em um desgaste mental e físico aos colaboradores, diante deste fato, surgiu-se a necessidade de se preocupar com a qualidade de vida no trabalho, ou seja, a necessidade da valorização e integração do indivíduo dentro da organização. Perante o exposto, percebe-se que a atividade profissional é muito importante e exerce forte influência sobre a vida das pessoas.

A rotina de trabalho pode se tornar desgastante e até mesmo em ambientes aparentemente inofensivos como os escritórios, por exemplo, pois, os trabalhadores passam longas horas sentados, com hábitos repetitivos e posturas incorretas, a exigência pela eficiência dos funcionários, cobranças constantes referente a metas e por produtividade, podem causar cansaços excessivos, estresse, a insatisfação e a desmotivação com o trabalho, e decorrente a queda da produtividade. De maneira geral, esses fatores geram prejuízos físicos e psicológicos, comprometendo a saúde e o bem-estar dos colaboradores.

O aparecimento de sintomas como estresse, tem sido decorrente a maioria das empresas na contemporaneidade. Dentro das organizações interagimos com pessoas,

somos regidos por metas e objetivos a alcançar e estamos sujeitos a concordar e discordar de alguém a qualquer instante, o que pode gerar algum tipo de conflito e tensão, os profissionais estão submetidos a constantes pressões provocadas pelo aumento da competitividade e pelas intensas e fortes transformações do mercado globalizado.

A competitividade decorrida da globalização, do desenvolvimento tecnológico e do impacto das constantes mudanças e transformações, as empresas começaram a perceber que o capital humano das organizações são o seu principal ativo, diferencial e vantagem competitiva.

Desta forma, as organizações têm dado grande importância para a qualidade de vida no trabalho dos seus colaboradores, adotando ações de melhorias, oferecendo um ambiente de trabalho agradável para o desenvolvimento das atividades profissionais. As pessoas têm buscado empresas com melhores condições de trabalho, ambientes adequados, buscando satisfação profissional, ou seja, preferem trabalhar em empresas que proporcionem bem-estar e qualidade de vida no trabalho.

É necessário entender qual o sentido do trabalho na vida das pessoas, sua importância e toda relação existente entre empregador e empregado. Analisar o clima organizacional como fator fundamental que influem diretamente no comportamento dos indivíduos, nas suas motivações, desempenho e satisfação, assim como

TECNOSAÚDE - IV

conceito de Qualidade de Vida no Trabalho e Estresse, demonstrando que a qualidade de vida no trabalho pode ser utilizada como ferramenta neutralizadora de fatores negativos na empresa, e que o clima organizacional é um do grande contribuinte para este fator.

DESENVOLVIMENTO

Clima organizacional

Segundo Chiavenato (2011) toda organização possui Clima Organizacional sendo constituído pela atmosfera psicológica própria de cada organização. Também na saúde, o Clima Organizacional da empresa está relacionado com as necessidades de moral e satisfação daquilo que os membros têm, podendo ser: saudável ou doentio, quente ou frio, negativo ou positivo, satisfatório ou insatisfatório. Está sujeito ao estado em que cada membro se sente em relação à empresa.

Para Lima e Albano (2002) o clima organizacional é de certa forma, o reflexo da cultura da organização, ou seja, o reflexo dos efeitos dessa cultura na organização como um todo. As organizações possuem uma cultura na qual se baseiam para seu melhor desempenho, derivando dessa cultura. Eis que surge o clima organizacional que visa sempre o bom entendimento entre as pessoas, entre as duas partes, empregador e empregado.

Segundo Carvalho e Melo (2008), para saber criar um ambiente saudável, isto é pensando em todas as esferas de saúde seja privada ou pública é preciso também ouvir as pessoas, pois havendo

esse diálogo, os problemas podem ser mais facilmente identificados e sanados.

Um dos conceitos bem interessante e amplo sobre clima organizacional é segundo Lima, Albano Apud Luz (2001):

O clima retrata o grau de satisfação material e emocional das pessoas no trabalho. Observa-se que este clima influencia profundamente a produtividade do indivíduo e, conseqüentemente da empresa. Assim sendo, o mesmo deve ser favorável e proporcionar motivação e interesse nos colaboradores, além de uma boa relação entre os funcionários e a empresa.

As pessoas dentro de um sistema organizacional buscam satisfazer suas necessidades de pertencer a um grupo social quanto de se auto realizar, embora estes objetivos nem sempre podem ser alcançados, porém inúmeros fatores permeiam as relações de trabalho e influenciam na satisfação dessas necessidades. Um dos fatores mais complexos e potentes nesse sentido são, as motivações, interesses, valores, história de vida, modo de relacionar-se, enfim a

TECNOSAÚDE - IV

singularidade de cada sujeito que influencia o grupo como um todo.

A maneira de lidar com as diferenças individuais cria certo clima entre as pessoas e tem forte influência sobre toda a vida em grupo, principalmente nos processos de comunicação, relacionamento interpessoal no comportamento organizacional e na produtividade (MOSCOVIVI, 1997, p. 158).

Percebe-se que cada empresa possui características próprias, e estão em constante mudanças, as empresas devem se preocupar em acompanhar a evolução e a dinâmica deste mercado, fazendo assim da sua cultura organizacional um instrumento e ferramenta para construir seu diferencial competitivo perante este mundo globalizado. O comportamento organizacional do indivíduo nas organizações, as atitudes predominantes, as

pressuposições subjacentes, as aspirações e os assuntos relevantes nas interações entres os membros fazem parte da cultura da organização (chiaventato, 2010, p, 125).

O gestor deve ter conhecimento sobre as expectativas dos seus colaboradores não só em relação ao trabalho, mas, também ter conhecimentos de variáveis externas assim como a realidade familiar, econômica e social de cada colaborador, desta forma se torna mais fácil encontrar respostas sobre o desempenho profissional e soluções para possíveis problemas na qualidade dos serviços por eles prestados.

A junção do ambiente de trabalho e da atmosfera organizacional formam o clima Organizacional, que começa a tomar forma devido ao surgimento de ideias e pensamentos dos colaboradores sobre seu próprio ambiente de trabalho e o cotidiano enfrentado na organização. Na gestão que envolve a saúde, o gestor observa que cada colaborador é diferente um do outro, tendo visões diferentes do mundo, cabe ao gestor baseada na cultura empregada à empresa, alinhar esse tratamento de acordo com a importância destinada aos recursos humanos da empresa constituindo assim o meio interno e refletindo em suas ações o estado de ânimo e de satisfação dos funcionários num dado momento na empresa. Uma organização que não

TECNOSAÚDE - IV

se preocupa com a implantação ou o melhoramento do clima organizacional, não se preocupa com o ambiente interno e nem com o bem estar do funcionário, pois para atingir um objetivo comum e necessário à contribuição de todos os membros da empresa, para isso é preciso a implantação de novos modelos gerenciais que visa priorizar a retratação do clima organizacional.

Qualidade de vida no trabalho

Conforme França (2014, p. 168),: “No trabalho, a qualidade de vida representa hoje a necessidade de valorização das condições de trabalho, da definição de procedimentos da tarefa em si, do cuidado com o ambiente físico e dos bons padrões de relacionamento”. A qualidade de vida no trabalho pode ser definida com um conjunto de práticas e ações realizadas pela organização que visa melhorar a satisfação de seus colaboradores, podendo promover o bem-estar dos empregados por meio de um ambiente de trabalho agradável, propiciando o aumento da satisfação e consequentemente a motivação dos seus colaboradores, isto é uma questão de saúde.

A qualidade de vida no trabalho diz respeito às condições de vida no local de trabalho, que devem corresponder a um ambiente prazeroso, agradável e adequado para se trabalhar. O local de trabalho deve ser um ambiente capaz de proporcionar bem-estar, promover a saúde e a satisfação dos trabalhadores. O ambiente de

trabalho deve dispor de todos os recursos necessários para a realização das atividades e deve ser capaz de satisfazer os funcionários. Em outras palavras, a qualidade de vida no trabalho corresponde ao grau de satisfação dos funcionários com relação as atividades exercidas na empresa e com o ambiente em que trabalha. De acordo com Chiavenato (2015, p. 419):

No fundo, a QVT busca uma visão integral e ética do ser humano em seu relacionamento com as organizações. Tem sido utilizada como indicadora das experiências humanas no local de trabalho e o grau de satisfação das pessoas que desempenham o trabalho. O conceito de QVT implica profundo respeito pelas pessoas. Para alcançar níveis elevados de qualidade e produtividade, as organizações precisam de pessoas motivadas que participem ativamente nos trabalhos que executam e que sejam adequadamente recompensadas pelas suas contribuições.

TECNOSAÚDE - IV

Há várias definições para a qualidade de vida no trabalho, que vão desde o foco ausência de doenças até as exigências de recursos, objetos e procedimentos que atendam demandas coletivas em determinadas situações, teve seu surgimento como uma forma de humanização do trabalho, envolvendo aspectos físicos e ambientais e aspectos psicológicos da organização.

Conforme Lacombe (2014), um bom gestor tem como prioridade um ambiente que proporcione as pessoas uma execução de suas atividades de forma eficiente e eficaz, capaz de elevar a capacidade de toda a equipe. Este ambiente deve promover a todos que exerçam suas competências com total comprometimento e realizem seus desejos profissionais para alcançarem recompensas e reconhecimentos profissionais adequados.

A qualidade de vida no trabalho pode criar condições que motivem os colaboradores, com um ambiente de trabalho saudável, reconhecimento de desempenho individual, proporcionando desafios e o desenvolvimento profissional, o que torna o trabalho mais agradável e mais atraente para os colaboradores.

A qualidade de vida está inserida também na área da ergonomia, na segurança, no ambiente de trabalho, padrões de relacionamento, saúde que um dos objetivos aqui tratado e no bem-estar dos colaboradores.

Conforme Bennett (1983) *apud* França (2004, p. 46):

A melhoria da produtividade não pode ser discutida sem o reconhecimento de que o conceito de produtividade vai além da ideia de uma boa produção ou de ser eficiente. É também um conceito que encontra suas raízes no dinamismo humano, porque tem indispensável conexão com a melhoria da qualidade de vida de cada indivíduo no trabalho e suas consequências fora dessa esfera. A melhoria do trabalho significa motivação, dignidade e grande participação no desenho e no desempenho do processo de trabalho na organização. Significa desenvolver indivíduos, cujas vidas podem ser produtivas em sentido amplo.

Clima organizacional e qualidade de vida no trabalho

O equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal, tem sido cada vez mais importante para manter um bom clima organizacional e a qualidade de vida no trabalho. Para mensurar o nível de satisfação dos

TECNOSAÚDE - IV

colaboradores é necessário desenvolver pesquisas de clima organizacional, pesquisadores vêm desenvolvendo estudos que permitem conhecer a realidade do seu clima organizacional, os fatores que interferem nesse clima, a importância de cada uma dessas variáveis, bem como o que pode ser feito para minimizar efeitos maléficos de algumas variáveis sobre o clima organizacional e gerar qualidade de vida no trabalho aos colaboradores das instituições. Lembrando que na área da saúde em alguns setores o clima é naturalmente tenso

Conforme, Bispo (2006) o clima organizacional é o indicador do grau de satisfação dos membros de uma organização, em relação a diferentes aspectos da cultura ou realidade aparente da organização, tais como: política de recursos humanos, modelo de gestão, missão da empresa, processo de comunicação, valorização profissional e identificação com a empresa.

Para que o cliente externo seja bem atendido as organizações não podem esquecer de seus clientes internos, aos quais são responsáveis pelos produtos e serviços oferecidos, desta forma o clima organizacional está relacionado a condições favoráveis de trabalho e que torne os cargos mais satisfatórios.

Kedouk (2013) afirma que organizações que são reconhecidas por seus colaboradores como bons lugares para trabalhar conseguem melhorar o clima organizacional, reter seus talentos e reduzir o turnover, o que representa uma vantagem competitiva em tempos de escassez de bons

profissionais, para que isso aconteça é preciso, educar a liderança, sendo ela a principal responsável pela construção da reputação (boa ou má) da organização.

Para Melo (2006) existe divergências entre o que é informado aos funcionários com o que é praticado pelas organizações, e quando isso acontece causa desmotivação aos colaboradores causando impactos negativos no ambiente de trabalho, havendo diferenças nas definições de cada funcionário sobre seu ponto de vista com relação à empresa e também há a perspectiva de descontinuidade na empresa. Organizações que focam somente em resultados sem se preocupar com os processos e seus colaboradores, acaba impactando negativamente no clima organizacional e também na qualidade de vida no trabalho, perante as divergências entre o discurso e a ação, as pessoas não têm segurança e tendem a desligar-se da organização gerando um alto índice de rotatividade no quadro de colaboradores.

Independente do porte da empresa, se torna necessário a implantação de programas que visam a qualidade de vida no trabalho, sendo este um fator essencial, focar na melhoria do clima organizacional, e principalmente que desenvolvam trabalhos que previnam e determinem o desaparecimento dos fatores geradores de estresse negativamente aos seus colaboradores.

Vale salientar, bons colaboradores, procuram empresas em que são ouvidos, respeitados e valorizados, com excelente ambiente de trabalho ao

TECNOSAÚDE - IV

qual se sintam motivados. Quanto mais os colaboradores forem capacitados e motivados, maior será o impacto na produtividade. Indicadores como rotatividade e absenteísmo afetam bastante a produtividade de uma empresa e um bom clima organizacional ajuda a manter estes indicadores sob controle com níveis elevados.

O clima organizacional tem grande impacto sobre a qualidade de vida dos empregados, que pode refletir no estado de saúde física mental e reflete o estado de ânimo dos empregados de uma organização, o quão eles estão satisfeitos com uma série de políticas e práticas empresariais, não restam dúvidas que todos querem trabalhar e permanecer em organizações que possuam um bom clima organizacional.

3. CONCLUSÃO

Compreender a importância da qualidade de vida no trabalho através de conceitos de diversos autores que falam sobre o tema aqui abordado, sendo possível entender o impacto do clima organizacional na Qualidade de Vida no Trabalho dos colaboradores de uma organização, assim, como os benefícios que são proporcionados para as pessoas que praticam a qualidade de vida em seu ambiente organizacional, quanto para as organizações que são os principais norteadores deste processo.

Foi percebido o quanto é essencial manter um elevado grau de satisfação dos colaboradores, aumentando a produtividade da organização,

gerando um clima agradável e satisfatório para ambas as partes. Dessa forma, observa-se que este é um tema de grande relevância, tanto para as organizações, quanto para os seus gestores, uma vez que impacta tanto na qualidade de vida dos profissionais, quanto nos resultados das organizações. Por isso, devem ser desenvolvidas ações institucionais que busquem identificar o nível de satisfação desse clima, bem como propor ações que visem melhorá-lo continuamente.

Com mudanças simples se torna possível a melhoria da qualidade de vida dos colaboradores, melhoria do clima da organização, melhoria na área de trabalho e conseqüentemente a qualidade dos serviços prestados e produtos e posteriormente os benefícios são alcançados pelos clientes externos.

O capital humano no mercado atual, se tornou um fator fundamental, ao qual deve ser valorizado por meios que valorizem a prática de qualidade de vida no trabalho, e o clima organizacional das instituições se torna fundamental para esta prática. É necessária atenção aos empregados, por meio de diálogos, assim os problemas podem ser identificados e sanados mais facilmente. Cabe aos gestores, identificar falhas e possíveis melhorias em seu clima organizacional, para criar um ambiente saudável aos seus colaboradores.

REFERÊNCIAS

CHIAVENATO, I. **INTRODUÇÃO À TEORIA GERAL DA ADMINISTRAÇÃO**. 7. ED. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2011;

MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. Rio de Janeiro. José Olympio, 1997.

CHIAVENATO, Idalberto. **Comportamento organizacional / Idalberto Chiavenato**. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2010- 3ª reimpressão.

LIMA, Súsi M. Barcelos e. ALBANO, Adriana Gaffrée Burns. **Um estudo sobre clima e cultura organizacional na concepção de diferentes autores**. Rev. CCEI - URCAMP, v.6, n.10, p. 33-40 - ago., 2002 Disponível em: . Acesso em: 20 de Maio de 2020.

CARVALHO, Ivania nascimento ferreira. MELO, de Pereira Naiza. **Cultura e clima organizacional: ingredientes para o sucesso das organizações publicam e privadas**. Disponível em: . Acesso em: 20 de Maio de 2020.

FRANÇA, A. C. L. **Qualidade de vida no trabalho-QVT: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. In: _____. Mantendo pessoas: saúde e qualidade de vida. 4.ed. Barueri, SP: Manoele, 2015. cap.15. p. 401-428.

LACOMBE, Francisco. **Recursos humanos: Princípios e Tendências**. 2ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.p.275-283.

BISPO, C. A. F. **Um novo modelo de pesquisa de clima organizacional**. Produção, v. 16, n. 02, p. 258-273, maio./ago. 2006.

KEDOUK, F. **Melhores empresas para trabalhar têm reputação realçada**. *Revista Voce Sa*, versão online, 12 set. 2013. Disponível em: < <http://exame.abril.com.br/revista-voce-sa/edicoes/18402/noticias/bem-faladas>>. Acesso em: 16 Maio. 2020.

MELO, Rafaela Lara de Araujo Vaz de. **Cultura organizacional: Confrontando o Discurso Gerencial com as Práticas Percebidas pelos Funcionários. Um Estudo de Caso**. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto COPPEAD de Administração. Rio de Janeiro, 2006. 149f. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_ . Acesso em: 10 Maio. 2020..

4 CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

**Andreia de Fatima da Silva
de Jesus
Angela Maria Vicente**

**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 sobrevida 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

TECNOSAÚDE - IV

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 dar de algumas maneiras, podendo ocorrer como uma consultoria – na qual a equipe multidisciplinar realiza avaliações constantes;

TECNOSAÚDE - IV

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).

TECNOSAÚDE - IV

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.

TECNOSAÚDE - IV

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.

TECNOSAÚDE - IV

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. Apesar de o câncer evidenciar, atualmente, uma maior possibilidade de cura e sobrevivência 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

TECNOSAÚDE - IV

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 diversas 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

TECNOSAÚDE - IV

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.

5 CUIDADOS PÓS- OPERATÓRIOS DE PACIENTES REVASCULARIZADOS

**Adriana Suszek
Cledineia Vieira Bueno
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:

TECNOSAÚDE - IV

“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 ira 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.

TECNOSAÚDE - IV

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 acordado 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

TECNOSAÚDE - IV

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 acúmulo 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 crítico 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

TECNOSAÚDE - IV

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, débito 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

TECNOSAÚDE - IV

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 irá 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 à incapacidade/ou alterações corporal, e por ser uma situação atípica e estressante para o paciente, o deixando vulnerável no pré e pós-

TECNOSAÚDE - IV

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

TECNOSAÚDE - IV

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 às 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

TECNOSAÚDE - IV

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 clinica 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 prática do autocuidado. Entre essas estratégias escolheu-se a consulta de enfermagem por ser uma estratégia eficaz para detecção 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

TECNOSAÚDE - IV

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 mesmo 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.

TECNOSAÚDE - IV

- 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. Coronaryheartdisease in thefirst 30 yearsofthe 21st century: challengesandopportunities: The 33rd Annual James B. HerrickLectureofthecouncilonclinicalcardiologyofthe 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.

6 Equilíbrio Oclusal em Prótese Total

Cleane Mônica Dal Pozzo
Cleocir Dal Pozzo
Dalson Gabriel bonemberger

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,

TECNOSAÚDE - IV

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

TECNOSAÚDE - IV

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

TECNOSAÚDE - IV

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 (SBBrazil 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. Oclusao 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.

7 HISTÓRIA DA PRÓTESE FIXA

Maria Eduarda Freire Pereira

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. (MENEHIN; 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 silicones, além do desenvolvimento dos discos de carburundum, 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

TECNOSAÚDE - IV

que 4 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)

TECNOSAÚDE - IV



<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

TECNOSAÚDE - IV

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 como 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.



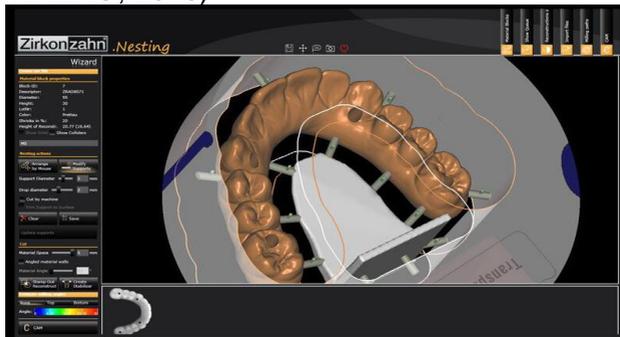
<https://pt.depositphotos.com/92194956/stock-illustration-dental-extraction-forceps-and-tooth.html>

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

TECNOSAUDE - IV

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.

TECNOSAÚDE - IV

(TINSCHERT; NATT; HASSENPFLUG; 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. (MENEHIN; 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

TECNOSAÚDE - IV

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);

MENEZHIN, M.C.; SALIBA, N.A. Odontologia: conquistas tecnológicas e evolução social. Rev. Odontologia 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/.../AIRTONALVESDANOBRAGA.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, HASSENPFUG S, SPIEKERMANN H. Status of current CAD/CAM

TECNOSAÚDE - IV

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;

8 MÉTODOS CANGURU

Mariza Clara Castilhos Limberger Braga.
Roseli de Miranda
Sílvia de Souza Leal
Vilma Aparecida Gonçalves Correia.

Orientador: Rita de Cássia Carneiro

RESUMO

A referente pesquisa sobre o método canguru foi realizado 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 afeto entre os pais e o bebê.

TECNOSAÚDE - IV

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

TECNOSAÚDE - IV

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.

TECNOSAÚDE - IV



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 íntimas 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 círculo.

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

TECNOSAÚDE - IV

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:

TECNOSAÚDE - IV

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:

TECNOSAÚDE - IV



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 Coraçõozinho

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

TECNOSAÚDE - IV

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 DE 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

TECNOSAÚDE - IV

levar o bebê ao hospital ou até o posto de saúde. Na 3ª 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 à

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

TECNOSAÚDE - IV

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

9 PROTESE DENTÁRIA - INÍCIO E EVOLUÇÃO

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>

TECNOSAÚDE - IV



<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.

TECNOSAÚDE - IV



<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/object/s/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://dicasodontolo.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

TECNOSAÚDE - IV

recebeu quatro implantes de titânio, o que mudou sua vida radicalmente.

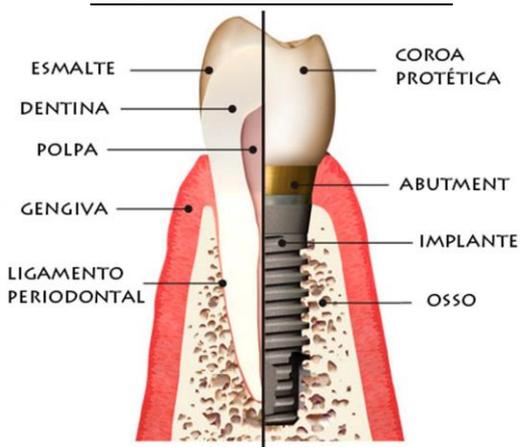


<http://www.inpn.com.br/Materia/Index/131978>

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.



TECNOSAÚDE - IV



<http://dicasodontolo.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.

TECNOSAÚDE - IV



<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>

TECNOSAÚDE - IV



<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/>

10 PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL

Jacqueline Gaspar Capelão

**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 dentaria:

- Aspecto natural
- Alta resistência, rigidez, dureza e tenacidade
- Estabilidade dimensional
- Ausência de odor, gosto ou produtos tóxicos
- Resistente a absorção de fluidos orais

TECNOSAÚDE - IV

- 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 monómeros, 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.



Editora = NILSON

ISBN: 978-65-00-10128-7

