

21ª Semana de Enfermagem

do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
e da Escola de Enfermagem da UFRGS

*"Compreender e
construir
redes de saúde"*

Resumos

12 a 15 de maio de 2010

Anfiteatro Carlos César de Albuquerque



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



Escola de
ENFERMAGEM
UFRGS

**GRUPO DE ENFERMAGEM DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL**

*“Compreender
e Construir
Redes de Saúde”*

12 a 15 de maio de 2010

Local

Anfiteatro Carlos César de Albuquerque
Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – RS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)

Presidente: Amarilio Vieira de Macedo Neto

Vice-Presidente Médico: Sérgio Pinto Ribeiro

Vice-Presidente Administrativo: Tanira Andreatta Torelly Pinto

Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação: Nadine Oliveira Clausell

Coordenadora do Grupo de Enfermagem: Maria Henriqueta Luce Kruse

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

Reitor: Carlos Alexandre Netto

Vice-reitor: Rui Oppermann

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RGS (EE-UFRGS)

Diretora: Liana Lautert

Vice-diretora: Eva Neri Rubim Pedro

Projeto gráfico, ilustração e diagramação: Gleci Beatriz Luz Toledo

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS**

S471s Semana de Enfermagem (21. : 2010 : Porto Alegre)

Compreender e construir redes de saúde : resumos [recurso eletrônico] / 21. Semana de Enfermagem ; promoção e realização Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul ; coordenadora da Semana de Enfermagem Enaura Helena Brandão Chaves. – Porto Alegre : HCPA, 2010.

1 CD-ROM

1. Enfermagem – Eventos. 2. Educação em enfermagem. I. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Grupo de Enfermagem. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. III. Chaves, Enaura Helena Brandão. IV. Título.

NLM: WY3

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

SÍNDROME DO BEBÊ SACUDIDO: UM DESAFIO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Gabriele Jongh Pinheiro Bragatto, Simone Algeri, Sheila Rovinsk Almoaquerg, Simone Shenckel, Talitha Raffo da Silva

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

gabriele.gabriele@ig.com.br

Introdução: A violência contra crianças é um grave problema de Saúde Coletiva, responsável em todo mundo por altas taxas de mortalidade e morbidade. Nesse sentido, há um tipo específico de violência física praticada contra bebês classificada como Síndrome do Bebê Sacudido. A Síndrome do Bebê Sacudido (SBS) ou, em inglês, "*Shaken Baby*", caracteriza-se pela presença de um conjunto de sinais e sintomas decorrentes do ato de sacudir vigorosamente o bebê, causando-lhes danos cerebrais de intensidade variável, podendo ocasionar seqüelas neurológicas permanentes e morte (CAMPOS, 2006). A real freqüência da SBS é imprecisa ou subestimada, mas estima-se que a taxa anual de incidência esteja entre 11 a 24 casos por 100.000 crianças menores de um ano de idade (BARLOW, MINNS, 2000). Uma em cada 4 vítimas de SBS morrem e mais da metade sofrerá déficit visual e/ou neurológico. (CARBAUGH, 2004). **Objetivo:** Visa oferecer subsídios aos acadêmicos e profissionais de saúde, em especial de enfermagem, de modo que estes possam se instrumentalizar para identificação e manejo adequado da Síndrome do Bebê Sacudido, uma vez que a relevância desse trabalho para a enfermagem reside no fato de que estes profissionais permanecem grande parte do tempo em contato direto no cuidado com a criança e seus familiares, o que difere em relação a outros membros da equipe de saúde. **Metodologia:** O estudo é do tipo Pesquisa Bibliográfica conforme a metodologia descrita por Gil (2002). Segundo este autor, a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de materiais já elaborados, sendo estes livros e artigos científicos principalmente. **Fisiopatologia:** Crianças choram muito. Estima-se que menores de 01 ano possam passar até 20% do tempo chorando (MIEHL, 2005). Este fato pode produzir extrema angústia nos cuidadores da criança, assim na tentativa de acalmá-la a qualquer custo, estes podem assumir atitudes bruscas ou violentas tais como puxões ou empurrões, sacudidas e apertões. Tais forças desproporcionais entre um adulto e uma criança, conjuntamente com particularidades óssea e vascular da criança (especialmente ossos longos e encéfalo) podem promover lesões em áreas mais suscetíveis, tais como retina, vasos subdurais, tábua óssea e

ossos longos. O mecanismo preciso da lesão neurológica permanece desconhecido. Ocorrem a partir de movimentos rápidos e repetitivos de flexão, extensão e rotação da cabeça e do pescoço ao redor e sobre um tronco estável. A estabilidade deste decorre do movimento do perpetrador que usualmente segura a criança justamente pelo tronco ou ainda pelos braços e ombros. Ainda em adição as seqüelas dos movimentos rápidos e repetitivos, as vítimas costumam sofrer as conseqüências de um impacto, pois após a sacudida costumam ser arremessadas. A cinemática dessas lesões é diferente daquelas causadas por acidentes de balanço ou carrossel, explicando a diferença do quadro clínico (CARBAUGH, 2004). O cérebro infantil contém uma maior proporção de água e menor taxa de mielina em relação ao adulto, sendo assim ele é mais gelatinoso e mais facilmente compressível e maleável dentro do crânio durante uma sacudida. A rápida aceleração seguida de também de rápida desaceleração, adicionadas de forças rotacionais costumam resultar em lesão difusa. Ainda o dano costuma advir quando o cérebro choca-se com a face interna dos ossos do crânio. Além das batidas do conteúdo neuronal encefálico, os vasos do crânio também sofrem. A vasculatura da tábua óssea, das meninges, do globo ocular e do parênquima igualmente sofrem as forças de tração. Agravando o quadro, a microvasculatura do encéfalo contém paredes delgadas tornando-as mais suscetíveis ao rompimento e sangramento (CARBAUGH, 2004). São reconhecidos na SBS alguns tipos de acometimento ocular: hemorragia retiniana e/ou vítrea, podendo haver conseqüente isquemia e descolamento de retina. Diversos mecanismos são propostos para estas alterações, como trauma direto à retina, hipertensão intracraniana ou intra-ocular e ruptura traumática da vasculatura. A lesão ocular mais característica da SBS consiste na hemorragia retiniana, causada pelo aumento súbito na pressão venosa central em função da compressão das veias cava superior e jugular pelos apertões e sacudidas no tórax e ombros (PANTRINI, 2002). **Resultados:** O objetivo do tratamento é garantir prioritariamente que a criança esteja segura e evitar abusos futuros. O cuidado da criança com Síndrome Do Bebê Sacudido é individualizado. A detecção e intervenção precoces melhoram o prognóstico. A enfermagem tem um papel importante na identificação e na atuação frente estes casos. **Considerações Finais:** Identificar os fatores de risco é uma etapa crucial na prevenção da SBS. Uma combinação de fatores está relacionada a SBS, seja em relação à criança, cuidadores ou riscos sociais e ambientais. Fatores ambientais e sociais influenciam nos níveis de tensão de todos os indivíduos. Inúmeros fatores podem aumentar o nível de tensão e conseqüentemente o risco par SBS, como baixa renda familiar, problemas financeiros,

falta de recursos sociais de apoio, insatisfação com a nova condição, seja pelo espaço na moradia, pelo tempo despendido no cuidado a criança, pela mudança nos hábitos de lazer, entre outros (WALLS, 2006). Pais de crianças hospitalizadas têm freqüentemente muitos fatores de risco como níveis aumentados de ansiedade, hostilidade, depressão, perda do auto-controle e baixa adaptação. O cuidador pode sentir-se exausto, cansado, bravo, frustrado, triste e culpado. E podem sofrer medo, baixa estima, decepção e aflição pela perda de um bebê normal ou perfeito. A administração do tempo, da vida diária, da vida social, das necessidades médicas e custos podem ser subjugados e exige grandes demandas emocionais e financeiras nas famílias das crianças doentes ou com cuidados especiais (CARBAUGH, 2004). Pais de crianças que foram abusadas ou negligenciada durante o do primeiro ano de vida, mostraram possuir arranjos de cuidado inadequados, pouco uso dos serviços de saúde, pouco espaço para a criança, decepção no gênero do bebê, consideraram abortar a criança e tiveram uma história familiar de abuso ou negligência (CARBAUGH, 2004). O quadro clínico da SBS é um desafio para o profissional da saúde, pois se apresenta das mais variadas formas e mimetiza as mais diversas situações, desde quadros graves até simples e breves sintomas. O diagnóstico diferencial já começa na anamnese, onde informações importantes já podem ser colhidas. Nos casos de SBS, geralmente encontra-se uma história inconsistente, com queixas vagas e sem cronologia de tempo com nexos causais. Ainda, costuma haver um período de tempo desproporcional entre os eventos clínicos e a procura pela assistência (MIEHL, 2005). A partir da suspeita da SBS pela anamnese e exame físico, complementação diagnóstica deve ser encaminhada para não atrasar o tratamento e alterar o prognóstico. Exames complementares de imagem são as melhores ferramentas nesse sentido. Importante ressaltar que o prognóstico depende tanto do tipo de lesão sofrida como do tipo de intervenção terapêutica e da rapidez com que esta é instituída. As complicações mais freqüentes, e infelizmente sérias também, são convulsão, hidrocefalia, paralisia cerebral, retardo mental, microcefalia e cegueira (CARBAUGH, 2004). Ainda há associação da SBS com algumas formas de demência (CARBAUGH, 2004). A prevenção é ponto chave na abordagem do problema, onde evitar é muito mais eficaz que tratar. Assim, ao abordar a questão da prevenção, é fundamental que as pessoas que lidam com a SBS tenham conhecimento e treinamento acerca desta condição. As intervenções de prevenção podem ser classificadas em primária, secundária e terciária. As primárias são aquelas atividades dirigidas para a população geral, com orientações universais e programas que visem

lembrar a importância da SBS e suas repercussões. As secundárias são os mesmos tipos de atividade, porém algo mais intensificadas pois são direcionadas para as populações de risco para receber ou praticar maus-tratos. As terciárias são dirigidas para aquelas pessoas que já tenham sofrido maus-tratos ou vítimas de SBS, com o intuito de evitar a recorrência e minimizar as consequências negativas (MIEHL, 2005).

Descritores: síndrome do bebê sacudido, violência, enfermagem pediátrica.

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A CRIANÇA, UM DESAFIO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Talitha Raffo da Silva, Gabriele Jongh Pinheiro Bragatto, Simone Algeri

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

talitharaffo@yahoo.com.br

Introdução: A violência sexual contra a criança é um grave problema de saúde pública e apresenta-se de diferentes formas. Considera-se abuso sexual todo o tipo de contato sexualizado, desde falas eróticas ou sensuais e exposição da criança a conteúdos pornográficos até o estupro seguido de morte (Pereira,2002). O abuso sexual muda a vida da criança para sempre, pois ele deixa consequências psicológicas e/ou físicas na vítima. A suspeita de que a criança possa estar em situação de abuso sexual deve ser investigada e denunciada para os órgãos competentes para que previna-se a recorrência da violência e, a criança deve ser encaminhada para acompanhamento multidisciplinar, com profissionais capacitados para trabalhar formas de minimizar danos. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre possui o Programa de Proteção a Criança, que trabalha de forma multiprofissional visando à atenção as crianças em que há suspeita de violência, confirmação ou vulnerabilidade e suas famílias. O PPC foi criado em 1993, a partir da necessidade de um atendimento mais amplo às crianças em situação de violência e conta com uma equipe multiprofissional composta por assistentes sociais, enfermeiras, pediatras, psiquiatras, psicólogas, representantes do serviço de recreação e uma representante do Ministério Público. No ano de 2009, entre estas crianças, o índice de pacientes com suspeita de abuso sexual foi alto e, os encaminhamentos foram diversos. **Objetivo:** Este trabalho objetiva oferecer subsídios aos acadêmicos e profissionais de saúde, em especial de enfermagem, de modo que estes possam se instrumentalizar para identificação e