

**Anais da 18ª Semana de Enfermagem da UniEVANGÉLICA**

**BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO**

**Anápolis**

**Maior – 2017**

**Comissão Organizadora 18ª Semana de Enfermagem da UniEVANGÉLICA**

Lígia Bráz Melo/ UniEVANGÉLICA  
Sandra Valéria Martins Pereira/ UniEVANGÉLICA  
Meillyne Alves dos Reis / UniEVANGÉLICA  
Joicy Mara Rezende Rolindo / UniEVANGÉLICA

**Comissão Científica 18ª Semana de Enfermagem da UniEVANGÉLICA**

Presidente: Marcela de Andrade Silvestre / UniEVANGÉLICA  
Sandra Valéria Martins Pereira/ UniEVANGÉLICA  
Sheila Mara Pedrosa/ UniEVANGÉLICA  
Rosana Mendes Bezerra/ UniEVANGÉLICA

**Anais da 18ª Semana de Enfermagem da UniEVANGÉLICA. Boas práticas de enfermagem para a integralidade do cuidado. Simpósio Temático A Integridade do Cuidado de Enfermagem**

SILVESTRE, Marcela de Andrade; PEREIRA, Sandra Valéria Martins; BEZERRA, Rosana Mendes. Anais da 18ª Semana de Enfermagem da UniEVANGÉLICA. Boas práticas de enfermagem para a integralidade do cuidado. Simpósio Temático: A Integridade do Cuidado de Enfermagem. 2017. Anápolis. **Anais Eletrônicos...** Anápolis: Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA, 2017.

CD ROM, ISSN 1982 – 9612

A produção científica, citações e referências bibliográficas são de inteira responsabilidade do(s) autor (es).

## **PRELETORES**

- 1.** Ana Paula Peres Rodrigues/ Associação de combate ao câncer em Goiás
- 2.** Constanza Thaise Xavier/UniEVANGÉLICA
- 3.** Flávia Ferreira de Almeida/ UniEVANGÉLICA
- 4.** Geruza Silva Oliveira/UniEVANGÉLICA
- 5.** Gláucia Oliveira Abreu Batista Meireles / UniEVANGÉLICA/Regional de Saúde Pirineus.
- 6.** Joicy Mara Resende Rolindo/UniEVANGÉLICA
- 7.** Kelly Cristina Borges Tacon / UniEVANGÉLICA
- 8.** Kelly Deyse Segati/UniEVANGÉLICA
- 9.** Luciene de Souza Barbosa Gomes Silva/Vigilância Sanitária Anápolis-GO
- 10.** Marcela de Andrade Silvestre / UniEVANGÉLICA.
- 11.** Maria Sônia Pereira/ UniEVANGÉLICA/ HOSPITAL EVANGÉLICO GOIANO
- 12.** Meillyne Alves dos Reis / UniEVANGÉLICA
- 13.** Najla Maria Carvalho de Souza/UniEVANGÉLICA
- 14.** Regina Ribeiro de Castro / UniEVANGÉLICA
- 15.** Rita de Kássia Fraga Sidney Carvalho / Fórum de Anápolis-GO
- 16.** Roberto Alves Pereira/ Assessor da PROACAD/UniEVANGÉLICA
- 17.** Rocindes José Correa/ Coordenador de Projetos Humanitários Internacionais/UniEVANGÉLICA
- 18.** Selma de Melo Fernandes/ Segundo Tenente da Base Aérea de Anápolis
- 19.** Sheila Mara Pedrosa/UniEVANGÉLICA
- 20.** Tiago Alberione Borges Alves Avelar/Hospital de Urgências Dr Henrique A Santillo/ Anápolis-GO
- 21.** Wanessa de Kássia Melo Coimbra/ Home Care Cuidar & Saúde.

## PROGRAMAÇÃO

**10/05/2017**

14h30 às 17h – Curso Pré-Congresso

- Boas Práticas no Cuidado de Feridas Refratárias – Especialista Wanessa de Kássia Melo Coimbra / Diretora Home Care Cuidar & Saúde.

**Local:** SALA B 304

- Boas Práticas para o Parto Humanizado – Me. Meillyne Alves dos Reis / UniEVANGÉLICA.

**Local:** SALA B 310

19h - **Abertura**

20h - **Apresentação Cultural**

21h - **Mesa Redonda- Papel do Enfermeiro em Vigilância de Saúde**

– Enf<sup>a</sup> Luciene de Souza Barbosa Gomes Silva/ Fiscal de Vigilância Sanitária – Anápolis-GO

**Local:** Auditório Richard Seen

**11/05/2017**

14 às 17h - **Simpósio Temático: Integralidade do Cuidado de Enfermagem**

Coordenadora Mestranda Marcela de Andrade Silvestre/ UniEVANGÉLICA.

**Local:** Salas de aulas Bloco B 304, 310, 312 e 314.

19h às 22h30 - **Seminário de Educação e Saúde – Painel/ Mesa Redonda Integralidade do Cuidado de Enfermagem em Oncologia-** Dr<sup>a</sup>. Constanza Thaise Xavier Silva/UniEVANGÉLICA; Enf<sup>a</sup> Ana Paula Peres Rodrigues /Unidade Oncológica de Anápolis- Associação de Combate ao Câncer em Goiás; Dra. Kelly Deyse Segati/UniEVANGÉLICA; Moderadora: Prof<sup>a</sup> Angélica Lima Brandão Simões/UniEVANGÉLICA

**Organização: 5º Período de Enfermagem**

Coordenadora Prof<sup>a</sup> Lígia Braz Melo/ UniEVANGÉLICA

**Local:** Auditório Richard Seen

**12/05/2017**

**Vespertino- Minicursos e Oficinas - 14 às 17h**

**Primeiros Socorros – Básico-** Me. Flávia Ferreira de Almeida/ UniEVANGÉLICA; D<sup>a</sup> Kelly Cristina Borges Tacon / UniEVANGÉLICA.

**Local:** Sala B-312

**Enfermagem no atendimento de Urgências e Emergências-** Enf. Tiago Alberione Borges Alves Avelar /Hospital de Urgências de Anápolis.

**Local:** Sala B-314

**Exame físico do adulto -** Me. Gláucia Oliveira Abreu Batista Meireles / UniEVANGÉLICA/Regional de Saúde Pirineus.

**Local:** Sala B-304

**Noturno – Miniconferências - 19 às 20h15 Primeiros socorros e segurança do paciente -**

Prof<sup>a</sup>. Me. Regina Ribeiro de Castro / UniEVANGÉLICA

**Local:** 1º período -Sala B-312

**Violência relacionada à questão de gênero –** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sheila Mara Pedrosa/UniEVANGÉLICA; Prof<sup>a</sup> Mestre Najla Maria Carvalho de Souza/UniEVANGÉLICA.

**Local:** 3º período -Sala B-304

**Segurança do paciente na administração de medicamentos** – Profª Esp. Maria Sônia Pereira/ UniEVANGÉLICA; Profª Mestranda Marcela de Andrade Silvestre / UniEVANGÉLICA

**Local:** 4º período - Sala B-310

**Cultura Afro Brasileira – Africana E Indígena-Painel /Mesa Redonda** – Me. Roberto Alves Pereira/ Assessor da PROACAD; Pastor Rocindes José Correa/ Coordenador de Projetos Humanitários Internacionais/UniEVANGÉLICA; Moderadora: Drª Júlia Bueno de Moraes e Silva/UniEVANGÉLICA.

**Local:** 5º período - Sala B-314

**Atenção às pessoas com espectro autista** – Psicóloga Selma de Melo Fernandes/Segundo Tenente da Base Aérea de Anápolis; Psicóloga Rita de Kássia Fraga Sidney Carvalho/Especialista em Rorschach / Fórum de Anápolis; Moderadora: Me. Rosana Mendes Bezerra / UniEVANGÉLICA

**Local:** 6º período - Sala B-313

**Direitos humanos e segurança dos usuários do SUS** - Coordenação: Profª. Me. Meillyne Alves dos Reis / UniEVANGÉLICA.

**Local:** 7º período - Sala 512

**Boas Práticas em Amamentação** – Profª Drª Sandra Valéria Martins Pereira/UniEVANGÉLICA/Consultora Internacional de Lactação/ILCA.

**Local:** 8º período - Sala B-505

**Como elaborar textos científicos**- Profª. Me. Joicy Mara Resende Rolindo/UniEVANGÉLICA; Profª Drª Geruza Silva Oliveira/ UNIEVANGELICA.

**Local:** 9º e 10º períodos - Sala F-205

**20h30 –Comemoração Dia Internacional do Enfermeiro**

Confraternização – Café com Prosa

**Local:** Curso de Enfermagem Bloco B

**13/05/2016**

08h às 12h30 - Arrastão: Prevenção de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis  
Organização UniCuidar

**Local:** Centro da cidade

## SUMÁRIO

Concepções do Enfermeiro frente ao atendimento a mulheres vítimas de violência no município de Anápolis – Go .....	06
Discutindo a paz em contexto escolar: experiência em instituição pública de ensino de Anápolis.....	08
A música e o cuidado de enfermagem em saúde mental.....	10
A ludicoterapia e suas complicações na assistência a saúde de crianças: relato de experiência.....	12
Implantação da identificação do paciente – primeira meta em segurança do paciente.....	14
Gerenciamento do protocolo de dor torácica.....	16
Tratamento da fenilcetonúria na atualidade: revisão da literatura .....	18
Associação da adesão de pacientes hipertenso com controle pressórico .....	20
A aplicação da assistência de enfermagem na unidade pediátrica: relato de experiência .....	21
Remoção não eletiva do PICC em recém nascidos: revisão integrativa .....	23
Análise da qualidade de vida e a prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em alunos de uma escola pública do município de Anápolis .....	24
Doenças Crônicas Não Transmissíveis: fatores de risco entre estudantes de uma escola de jovens e adultos no município de Anápolis – GO .....	29
Fatores de riscos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) entre adultos e jovens de uma escola publica do interior de Goiás .....	38
Investigação de risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e suas complicações em estudantes dos cursos tecnológicos de um Centro Universitário no estado de Goiás .....	43

## CONCEPÇÕES DO ENFERMEIRO FRENTE AO ATENDIMENTO A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS – GO

PEDROSA, Sheila Mara<sup>1</sup>  
SIMÕES, Angélica Lima Brandão<sup>2</sup>  
RODRIGUES, Juliana Martins<sup>3</sup>  
ARAÚJO, Samara Alves de<sup>4</sup>

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Estudar a violência demanda prudência, uma vez que consiste de um tema abrangente e acima de tudo multifatorial (CAETANO, et. al., 2010). Devido ao número crescente de caso de violência, pesquisadores estão buscando um conhecimento mais aprofundado no tema e em especial, a violência contra a mulher (OLIVEIRA et al., 2005). Essa violência ocorre o âmbito doméstico em sua maioria, está envolta pela questão de gênero, o que culturalmente tende a ser uma relação que tende a não aceitar interferência de terceiros e por consequência, de profissionais de saúde, levando em certos casos, agressividade contra quem interferir, por parte do parceiro da vítima, além da vulnerabilidade e que se encontra a mulher frente à submissão que sofre nessa relação. O profissional enfermeiro, uma vez que está à frente do acolhimento e classificação de risco nas unidades de saúde é o profissional que recebe essa mulher e para isso deve estar preparado para tal situação (COSTA, LOPES, 2012). **OBJETIVO:** Investigar junto à enfermeiros (as) de unidades de serviço de urgência e emergência do município de Anápolis - GO as concepções a respeito do atendimento à mulher vítima de violência. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, foi composto por 6 unidades de saúde do município de Anápolis – GO que oferecem pronto atendimento. Foram doze enfermeiros entrevistados, um em cada unidade representante das quatro regiões de Anápolis. A análise dos dados se deu por meio do método de Interpretação de Sentidos (MINAYO, 2008). Foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário UniEvangélica perante o parecer número 1361469/2016 e conduzido segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **RESULTADOS:** A análise e discussão dos dados serão melhor discutidas por meio de três categorias temáticas “Entre quatro paredes”, “De mãos atadas” e “O suporte à assistência do enfermeiro”. De modo geral, os participantes entendem a complexidade que envolve a situação da mulher vítima de violência e oferece o atendimento ou os cuidados amparados em suas próprias experiências pessoais e profissionais de violência além de perceberem que há fragilidades em sua formação para tal atendimento, mas também demonstraram maior percepção da violência física. **CONCLUSÃO:** Os enfermeiros entendem a problemática em que está inserida a mulher vítima de violência e também trazem para esse atendimento as próprias vivências de violência, sejam na vida particular, sejam as vividas no âmbito do trabalho. Percebemos que seria de grande valia um espaço para o enfermeiro para o mesmo pudesse trabalhar essas experiências, dividir vivências e discutir com uma equipe de suporte em grupo maneiras de se abordar a mulher vítima de violência e manejo das famílias envolvidas.

**DESCRITORES:** Violência. Enfermagem. Saúde da mulher.

---

<sup>1</sup>Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde. Professora adjunto no Centro Universitário de Anápolis. UniEVANGÉLICA sheila.pedrosa@docente.unievangelica.edu.br

<sup>2</sup> Relatora. Enfermeira professora assistente no Centro Universitário de Anápolis. Centro Universitário de Anápolis- UniEVANGÉLICA angel.enf@outlook.com

<sup>3</sup> Enfermeira Graduada pela UniEvangélica

<sup>4</sup> Enfermeira Graduada pela UniEvangélica

## REFERÊNCIAS

- CAETANO, R. et al. Análise dos investimentos do Ministério da Saúde em pesquisa e desenvolvimento do período 2000-2002: uma linha de base para avaliações futuras a partir da implementação da agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n.4, p. 2039-2050, Jul. 2010.
- COSTA, M.C.; LOPES, M.J.M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1088-1095, Oct. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342012000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000500008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 jun. 2015.
- OLIVEIRA E.M., BARBOSA R.M., MOURA A.A.V.M., KOSSEL K.V., MOURELLI K., BOTELHO L.F.F., STOIANOY M. Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual: Um estudo qualitativo. **Rev Saúde Pública**. 2005;39(3): 376-82.
- MINAYO, M.C.S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S., DESLANDES, S.F., GOMES, R. (Editores). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 26ª ed. **Petrópolis: Vozes**, 2007. p.9-30.



## DISCUTINDO A PAZ EM CONTEXTO ESCOLAR: EXPERIÊNCIA EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE ENSINO DE ANÁPOLIS

PEDROSA, Sheila Mara<sup>1</sup>  
ZAMBELLI, Janaína da Câmara<sup>2</sup>

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Sabe-se que no relacionamento interpessoal os conflitos são inevitáveis, mas não devem necessariamente ter como consequência a violência. A escola, assim como vários outros ambientes de convivência humana, sofre com diversos tipos de violência como a violência física; a violência psicológica; a violência sexual com o estupro e o assédio; e o *bullying* com suas novas nuances como o *cyberbullying*, que hoje tem demonstrado crescimento com a expansão do uso dos celulares e *smarthphones*, computadores e redes sociais (UNESCO, 2017). Tal fenômeno é decorrente, além de outros fatores, da violência que permeia o lar da criança ou adolescente e de seu contexto social em que há dificuldade de convívio com as diferenças e de argumentação pacífica. A violência interfere no modo como ocorrem as relações interpessoais no contexto das instituições de ensino, dificultando o processo de ensino-aprendizagem, e é um fenômeno historicamente determinado devendo ser pensada e trabalhada em parceria. Assim entendendo que reduzir a violência é promover saúde e ainda, como profissionais da saúde que buscam a parceria no setor da Educação, por um interesse em colaborar na promoção da saúde coletiva em Anápolis, realizamos uma atividade com a finalidade de despertar em estudantes modos de resolver conflitos sem o uso da violência. **METODOLOGIA:** Relato de experiência de uma atividade de promoção da cultura de paz em uma escola do município de Anápolis. A turma selecionada para o estudo era composta de 35 estudantes com idade entre 9 a 12 anos, que frequentavam a turma de quinto ano do ensino fundamental. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A atividade realizada foi baseada em um modelo de gerenciamento de conflitos, imposto por várias técnicas, utilizado por Loos e Zeller (2007) em Curitiba (PR), dentro de um projeto intitulado “Plantando uma sementinha”. Realizamos algumas adaptações para a realidade de Anápolis e traçamos um modelo próprio de atividades para um trabalho que abordasse métodos para o estímulo de resolução de conflitos sem violência. Foram utilizadas estratégias como: jogos, discussão em círculo, exposição de desenhos animados e animações, busca de interação de todos da sala, dramatizações e exercício de ficar em silêncio. Tais atividades foram realizadas em seis encontros com os estudantes com a presença da professora responsável. Após a realização das atividades foram feitas avaliações das mesmas pelos participantes por meio do preenchimento de uma ficha e por profissionais que trabalham na escola por meio de entre vistas gravadas, incluindo a professora da turma. De maneira geral as técnicas foram bem avaliadas sendo que as brincadeiras os vídeos e as dramatizações foram as atividades preferidas pelos participantes. Os profissionais da escola notaram diferença no comportamento dos alunos, mas não mencionaram ser necessário que tais atividades fizessem parte das atividades da escola de forma permanente e sim com atividades pontuais. **CONCLUSÃO:** Acreditamos que para ocorrerem mudanças significativas no comportamento dos estudantes seria necessária a programação de atividades a longo prazo e que ultrapassasse o setor da educação. A atuação deveria acontecer no ambiente familiar, social, econômico, cultural para a produção e construção de valores de cidadania, que iriam refletir positivamente para a formação saudável das crianças.

**DESCRITORES:** Violência. Educação em saúde. Saúde escolar.

### REFERÊNCIAS

---

<sup>1</sup> Relatora. Doutora em Ciências da saúde. Professora adjunto no Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA  
<sup>2</sup> Especialista em Saúde Coletiva. Cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família

LOOS H, ZELLER TJV. Aprendendo a “Brigar Melhor”: Administração de Conflitos sem Violência na Escola. *Interação em Psicologia*, 2007;11(2):281-89.

UNESCO. School Violence and Bullying: Global Status Report [Internet]. France: UNESCO, 2017 [Accessed 2017 04 may]. Available from <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002469/246970e.pdf>

## A MÚSICA E O CUIDAR DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

FERREIRA, Filipe Santiago de Santana<sup>1</sup>  
MELO, Juliana Macedo<sup>2</sup>

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O uso da música na assistência de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, facilita a relação com o cliente, servindo primeiramente para iniciar a interação com o mesmo. Atualmente, música passou a estar na Classificação das Intervenções de Enfermagem – Nursing Intervention Classification (NIC) com o intuito de auxiliar a obter uma modificação singular do comportamento, sentimento ou fisiologia. Além de proporcionar sensação de bem-estar, lembranças de acontecimentos do passado e do cotidiano, lembranças associadas ao sofrimento psíquico, à cultura religiosa e às pessoas a quem o cliente teve ou tem afeição (RESENDE, 2015; RITTER, 2014; GONÇALVES et al, 2011; MCCLOSKEY; BULECHEK, 2004). Acredita-se que ao empregar a música como ferramenta de cuidado, o enfermeiro possibilitará a criação de uma atmosfera segura estabelecendo vínculo com o paciente, tornando-o acessível para receber cuidado, fortalecendo-o emocionalmente, ajudando-o no enfrentamento da doença, no alívio da dor e do sofrimento. **OBJETIVO:** Narrar a experiência de um acadêmico de enfermagem na condução de intervenções grupais, com a utilização da música como instrumento do cuidar de pacientes portadores de transtornos mentais em um serviço de saúde mental em Anápolis, Goiás. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência vivenciada durante o Estágio Supervisionado em Saúde Mental e Psiquiatria do curso de Enfermagem da curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA. A experiência aconteceu em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Participaram das intervenções grupais pacientes com transtornos mentais ambos sexos vinculados ao CAPS em acompanhamento com a equipe multiprofissional,. O grupo de música experienciado pelo acadêmico foi denominado grupo Afinando. Tratou-se de um grupo aberto e misto com duração de 60 minutos realizado semanalmente. O objetivo da intervenção grupal foi utilizar a música como instrumento do cuidar em enfermagem, a partir da utilização e manuseio de instrumentos musicais pelos participantes e do canto. Os dados foram coletados de abril a junho de 2016. Foi adotada a técnica de observação fundamentada nos pressupostos de Ludke e Andre (1986). Foi observado a resposta terapêutica dos participantes à música. Resultados registrados em diário de campo. Foi realizada análise descritiva dos dados obtidos no grupo Afinando (LUDKE; ANDRE, 1986) e discutidos com base na literatura científica brasileira sobre a temática. **RESULTADOS:** Nos encontros do grupo Afinando foram observadas pelos coordenadores do grupo, expressões de felicidade, bem-estar e motivação evidenciadas nas fâcies de alegria, contentamento e sorrisos imotivados, caracterizando também a habilidade de expressar os sentimentos diante da atividade promovida. A motivação juntamente com a esperança também foi verificada a medida que aumentou a presença dos participantes nos encontros. Diante de cada instrução sobre o manuseio dos instrumentos, melodia, letra de música os mesmos mostraram-se concentrados e calmos, realizando os passos de acordo com a orientação. Além disso, foi notória a melhora gradual na comunicação verbal e não verbal e na socialização dos participantes evidenciado por iniciativas de cooperação, ajuda mútua, verbalização e feedback dos sentimentos e/ou dificuldades enfrentadas durante o grupo Afinando. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A música pode ser um valioso recurso a ser empregado pelo enfermeiro na assistência em

---

<sup>1</sup>Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA.

<sup>2</sup>Relatora. Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Professora adjunto no Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA e da Faculdade Anhanguera de Anápolis.

saúde mental, como ferramenta eficiente no acolhimento, aproximação, fortalecimento de vínculos de confiança, e estabelecimento do cuidar humanizado da pessoa em sofrimento mental, proporcionando espaços de trocas com respeito às necessidades dessas pessoas.

**DESCRITORES:** Assistência de Enfermagem; Música; Saúde Mental.

### REFERÊNCIAS

- GONÇALVES, C. M. L; OLIVEIRA, D. C. B. de; SOUZA, J. W. T. de; RODRIGUES, J. C; LUZ, K. L. F. da; SANTOS, V. S; PICÃO, V. **A contribuição da musicoterapia no tratamento e reabilitação psicossocial dos usuários do CAPS II no município de Barreiras-BA.** 2011. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/a-contribuicao-da-musicoterapia-no-tratamento-e-reabilitacao-psicossocial-dos-usuarios-do-caps-ii-no-municipio-de-barreiras-ba/81789/>>. Acesso em: 20.nov.2016.
- LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.
- MCCLOSKEY, J.C.; BULECHEK, G.M. (Org.) **Classificação das intervenções de enfermagem.** Trad. Regina Garcez. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- RESENDE, R.L; SOUZA, L.M.M.de; LUCHESE,R; VERA, I; CASTRO, P. A; MÓNICO, L.S.M. A vivência de pessoas em sofrimento mental e alunos de enfermagem em oficina de música. 2015. Investigação Qualitativa em Saúde. Atas CIAIQ. v.1. p. 421-425.
- RITTER, C.B; AIRES, M; ROTOLLI, A; SANTOS, J. L. G. Grupo como tecnologia assistencial para o trabalho em enfermagem na saúde coletiva. Sal. & Transf. Soc. 2014. v.5.n.3.p.83-90.

## A LUDICOTERAPIA E SUAS IMPLICAÇÕES NA ASSISTÊNCIA A SAÚDE DE CRIANÇAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

RODRIGUES, Jéssica Sully<sup>1</sup>  
BEZERRA, Rosana Mendes<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Relatora. Acadêmica de Enfermagem no Centro Universitário de Anápolis- UniEVANGÉLICA

<sup>2</sup> Professora Adjunto no Centro Universitário de Anápolis- UniEVANGÉLICA

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** As atividades lúdicas são desenvolvidas com a finalidade de acalmar as crianças, proporcionando o brincar e o sorrir, trazendo benefícios ao tratamento pediátrico (BRITO, 2009). A pesquisa de enfermagem com a ludicoterapia e suas implicações na assistência a saúde de crianças, aborda-as como seres biopsicossociais, trazendo grandes benefícios para crianças, acompanhantes e a equipe multidisciplinar, tornando o período de hospitalização menos desgastante, diminuindo os reflexos negativos da internação. A atividade lúdica é considerada uma necessidade para o desenvolvimento saudável da criança, inserindo ela ao meio social, amenizando a ansiedade e a dor (FERREIRA et al., 2014). Somente o conhecimento técnico ou teórico não é resolutivo, os profissionais precisam aprender a lidar com os conflitos emocionais dos clientes (GOMES et al., 2012). **OBJETIVOS:** O objetivo geral desse trabalho é descrever como as ações do serviço de enfermagem são realizadas na unidade de pediatria. Objetivos específicos: descrever como a equipe de enfermagem desenvolve suas ações de cuidados a criança na unidade de pediatria sem o auxílio de atividades lúdicas para minimizar o estresse, descrever como a equipe de enfermagem desenvolve suas ações de cuidados a criança na unidade de pediatria com o auxílio de atividades lúdicas para minimizar o estresse. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência participativo, com observação realizada durante 7 dias no setor de pediatria em um hospital de referência de Anápolis. O relato da experiência é onde o autor discorre sobre todas as observações feitas, não apenas ver, mas também examinar comparando com literaturas sobre os assuntos abordados (BREAKWELL, 2010). Para tanto houve o auxílio da observação participante. Esta se refere à inclusão do pesquisador no grupo observado, unindo os objetivos com o contexto (QUEIROZ, 2007). **RESULTADOS:** foi realizada a observação participante na unidade de enfermagem pediátrica de um hospital geral referência no atendimento pediátrico no interior do Estado de Goiás. Durante as ações realizadas pela equipe de enfermagem como aferição de sinais vitais, administração de medicamentos foi percebido que algumas crianças e seus responsáveis apresentaram sinais de estresse, como choro, irritabilidade, recusa ao procedimento. Atividades lúdicas para colorir, conversas sobre assuntos infantis, cantos, quando foram aplicadas a crianças e acompanhantes, seja antes dos procedimentos ou durante os procedimentos, levou a aceitação, o sorriso e a melhor compreensão do processo de hospitalização. Foi observado que até os mais debilitados foram participar, estavam brincando e sorrindo, ficavam calmas e mais dispostas ao tratamento imposto, obtendo a equipe de enfermagem o papel terapêutico com eficácia na recuperação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Sofrimento e angústia são delongados levando a mais dias de internação quando a criança é retirada do ambiente normal e exposta ao ambiente hospitalar, sentindo dores, onde pessoas desconhecidas fazem diversos procedimentos dolorosos. Quando o lúdico é utilizado como parte do cuidado, observa-se uma melhora biopsicossocial, tornando a comunicação dos profissionais com as crianças e acompanhantes mais efetivas. Torna-se necessária a implantação do uso de atividades lúdicas por parte da equipe de enfermagem diariamente. Esta é uma medida simples, sem ônus a instituição e que irá contribuir para a diminuição do estresse da hospitalização tanto da criança quanto do seu acompanhante contribuindo para uma hospitalização segura e humanizada.

**DESCRITORES:** Enfermagem Pediátrica. Assistência Pediátrica. Humanização. Assistência.

## REFERÊNCIAS

BREAKWELL, G.M. et al. **Métodos de pesquisa psicológica**. Porto Alegre: Editora Ciência Humana, 2010.

BRITO, T.R.P. et al. As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v.13, n.4, p. 802-8, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a16>.

FERREIRA, N. A. S. et al. Representação social do lúdico no hospital: o olhar da criança. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 188-194, jun 2014. ISSN 2175-3598. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/81171/84804>.

GOMES, I. L. V. et al. A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 4, dez. 2012. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/30378>>.

## IMPLANTAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE – PRIMEIRA META EM DE SEGURANÇA AO PACIENTE

COSTA, Lilian Helena Ferreira Gomes<sup>1</sup>  
PASSOS, Glaucy Lopes Sakai<sup>2</sup>  
SLADE, Julie Baird Pina<sup>3</sup>  
SKOREK, Josenei<sup>4</sup>

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A identificação correta do paciente reduz o risco de incidentes relacionados à assistência à saúde, assegurando a efetividade do cuidado prestado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Erros de identificação do paciente podem ocorrer em todos os setores do cuidado, na atenção domiciliar, hospitalar ou ambulatorial e são comuns se não tiver um Protocolo de Identificação com pilares sólidos, desde a admissão até a alta do serviço e em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. A busca pela excelência no atendimento associada à segurança do paciente propende prevenir o risco de danos evitáveis no cuidado à saúde. Estudos comprovam que a identificação inadequada, consiste em importante causa raiz para erros durante a assistência (TASE et al., 2013).

**OBJETIVOS:** Descrever o processo de Identificação do Paciente e verificar a adesão dos profissionais a Política de Identificação Paciente. **METODOLOGIA:** Relato de caso a respeito da implantação da Política de Identificação Segura no Hospital Evangélico Goiano de Anápolis, utilizando dados de acompanhamento institucional. **RESULTADOS:** O método de identificação do paciente padronizado pela instituição considera dois identificadores: nome completo do paciente e sua data de nascimento. Estes dois identificadores estão presentes, na forma de pulseira no próprio paciente e binômio mãe-RN, em todo e qualquer documento de prontuário, amostras biológicas, medicações e dietas dispensadas, materiais implantáveis, e na identificação do leito. Os dois identificadores escolhidos são checados antes da: admissão no setor de internação, administração de medicamentos e dietas, realização e coleta de materiais para exames, transfusão de sangue e hemoderivados, procedimentos invasivos e procedimentos anestésicos e cirúrgicos. A Identificação Segura do Paciente, POLÍTICA Nº 001/15 do HEG, fundamentada pela RDC 36 de 25 de julho de 2013, é um processo que garante a correta identificação do paciente utilizando a dupla checagem, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes, erros e danos. Assegura que na linha do cuidado, um procedimento é realizado no paciente correto. A pulseira é colocada pelo profissional do serviço de internação no momento da admissão hospitalar, realizando a identificação segura do paciente através da conferência dos dois identificadores preconizados (nome completo e data de nascimento) utilizando a dupla conferência. A verificação da adesão é feita através da comissão de prontuários, auditorias in loco e por meio do Núcleo de Segurança do Paciente (NUSEP), onde são classificadas as notificações referentes a Identificação do Paciente. Em 2017 a comissão de prontuários avaliou a taxa de identificação segura em todos os impressos, os dados referentes a janeiro e fevereiro foram de 100%, março 98,5% e abril 99%. Dados referentes a notificações gerenciadas pelo NUSEP, em janeiro houve 984 admissões e foram identificados 0,5% de fragilidades. Em Fevereiro 926 admissões e 0,6% de fragilidades. Em março 1153 internações com 1,1% de fragilidades e em abril 997 internações com 1,1% de fragilidades referentes a identificação do paciente, sendo identificação do paciente pulseira, formulários, autorizações de exames. Todas as notificações recebidas foram corrigidas no momento que se identificou o risco.

<sup>1</sup> Enfermeira assessora da Qualidade, coordenadora de Auditoria Clínica e Protocolos no Hospital Evangélico Goiano (HEG)- Anápolis-GO.

<sup>2</sup> Enfermeira gerente da Qualidade no HEG, responsável pela implantação do Processo de Acreditação ONA I e II. Professora assistente Centro Universitário de Anápolis- UniEVANGELICA

<sup>3</sup> Enfermeira, Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente – NUSEP, integrante da equipe de Qualidade no HEG.

<sup>4</sup> Relatora. Enfermeira responsável pela Auditoria Clínica, Coordenadora da Comissão de Óbitos, Protocolo de TEV e participante da Equipe de Qualidade/NUSEP no HEG.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Para implantação da política fez-se necessário capacitação, treinamentos de todos os colaboradores da instituição, orientações a pacientes e familiares sobre a importância da equipe realizar a conferência e dupla checagem dos identificadores. Inicialmente observou-se com fragilidades na adesão, porém com o passar do tempo e com investimentos na identificação Segura do Paciente a obteve-se uma aderência gradual de toda equipe e hoje considerada satisfatória. Este é um reflexo do comprometimento com o processo de segurança do paciente.

**DESCRITORES:** Gerenciamento de risco. Segurança. Identificação. Paciente

### REFERÊNCIAS

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM do Estado de São Paulo (COREN-SP). 10 Passos para a segurança do paciente. São Paulo, SP: COREN-SP; 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de identificação correta do paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

TASE, Terezinha Hideco; LOURENCAO, Daniela Campos de Andrade; BIANCHINI, Suzana Maria and TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. Rev. Gaúcha Enferm. [online]. 2013, vol.34, n.3, pp.196-200. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300025>.



## GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA

COSTA, Lilian Helena Ferreira Gomes<sup>1</sup>

PASSOS, Glaucy Lopes Sakai<sup>2</sup>

SIADE, Julie Baird Pina<sup>3</sup>

SKOREK, Josenei<sup>4</sup>

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Desde o início da metade do século passado o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) vem crescendo em proporções alarmantes sendo uma das principais causas de mortalidade intra-hospitalar segundo as estatísticas dos países industrializados. Nesta época a terapia consistia em repouso, analgesia e sedação, e este tratamento era de pequeno impacto na evolução destes pacientes. Segundo o DATASUS, publicado em 2014 o IAM é a primeira causa de mortes no país sendo registrado cerca de 100 mil óbitos anuais devido à doença. Seus sintomas mais comuns são as dores no peito, desconforto no estômago e a dor no braço esquerdo irradiando para o peito. Anualmente milhares de indivíduos dão entrada nos serviços de emergência por Dor Torácica com potencial risco de desenvolver uma síndrome coronariana aguda (SCA), portanto somente um terço destes casos o diagnóstico é confirmado. A identificação ágil no primeiro atendimento destes pacientes é hoje considerada de suma importância para um bom desfecho destes casos (SOUZA, 2002). **OBJETIVOS:** Avaliar a implantação do protocolo de Dor Torácica **METODOLOGIA:** Esta pesquisa tratou-se de um relato de caso sobre o Protocolo de Dor Torácica que foi implantado em 2015 no Hospital Evangélico Goiano de Anápolis, com a finalidade de analisar os indicadores de acordo com as metas propostas na descrição do protocolo. A coleta de dados foi realizada no período de 02/01/2017 à 30/03/2017, através de busca ativa em instrumento previamente estruturado que é anexado ao prontuário do paciente eleito ao protocolo de Dor Torácica. Os dados coletados foram agrupados em planilha de Excel, para análise e discussão. **RESULTADOS:** A implantação do Protocolo de Dor Torácica ocorreu em julho de 2015, pela necessidade de unificarmos as condutas no atendimento ao paciente com sintomas de doenças cardíacas, visto que o Hospital Evangélico Goiano de Anápolis é referência em cardiologia na região, a fim de identificar e tratar rapidamente os pacientes com sinais e sintomas de IAM, diminuindo os riscos associados a esta síndrome, após este processo veio a necessitar de gerenciar o protocolo tornando mais seguro e corrigindo as possíveis falhas nele existente. O Gerenciamento do protocolo foi através dos principais pontos marcados do protocolo de dor torácica que são: Total de pacientes elegíveis ao protocolo (os que apresentam algum sintoma de IAM), total de pacientes incluídos no protocolo (aqueles com diagnóstico de IAM confirmado) e o tempo que definem a conduta e tomada de decisão como tempo porta avaliação de ECG e tempo porta balão. No primeiro trimestre de 2017, foram acompanhados 141 pacientes eleitos ao protocolo, ou seja, que apresentaram algum tipo de sinal ou ‘sintoma pré definido no protocolo, portanto somente 21 (14,89%) deles foram diagnosticados “Dor Torácica”, onde o maior determinante de sobrevida segundo estudos é o tempo de avaliação de ECG e porta balão, podemos evidenciar neste período uma mediana de 07 minutos entre a chegada do paciente e avaliação do ECG, cumprindo assim a meta estabelecida no protocolo de 15 minutos e o tempo porta balão tivemos uma mediana de 90 minutos do desempenhando assim uma assistência segura dentro das diretrizes internacionais de um bom atendimento ao

<sup>1</sup>Relatora. Enfermeira assessora da Qualidade, coordenadora de Auditoria Clínica e Protocolos no Hospital Evangélico Goiano de Anápolis (HEG).

<sup>2</sup>Enfermeira Gerente da Qualidade no HEG, responsável pela implantação do Processo de Acreditação ONA I e II e docente da UniEVANGÉLICA

<sup>3</sup>Enfermeira, Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente – NUSEP, integrante da equipe de Qualidade no HEG.

<sup>4</sup>Enfermeira responsável pela Auditoria Clínica, Coordenadora da Comissão de Óbitos, Protocolo de TEV e participante da Equipe de Qualidade/NUSEP no HEG.

paciente coronariano. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O gerenciamento deste protocolo nos permite avaliar continuamente a efetividade e trabalhar as fragilidades que são evidenciadas, também buscase sempre a segurança do paciente, considerando que tempo é musculo cardíaco e que as chances de sucesso são maiores se o tempo porta balão for de até 90 minutos. Além de maior integração entre os processos envolvidos, Emergência, hemodinâmica, UTI/Unidade Coronariana, Centro Cirúrgico e setores de Internação, aumentando nossa taxa de desfechos positivos e uma diminuição dos desfechos por óbitos.

**DESCRITORES:** IAM, Protocolo, Gerenciamento

### **REFERÊNCIAS**

DATASUS, Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em 04/05/2017.

SOUZA, et al. Teste Ergométrico Imediato em Pacientes com Dor Torácica na Sala de Emergência. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v.79,n.1, julho, 2002.

## TRATAMENTO DA FENILCETONÚRIA NA ATUALIDADE: REVISÃO DA LITERATURA

FIGUEIRA, Vandressa Barbosa<sup>1</sup>

Marcela de Andrade Silvestre<sup>2</sup>

Ana Karina Marques Salge Mendonça<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Relatora do trabalho

<sup>2</sup> Professora adjunto no Centro Universitário de Anápolis- UniEVANGÉLICA

<sup>3</sup> Professora Titular na Universidade Federal de Goiás (UFG)

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A Fenilcetonúria (PKU), também chamada Deficiência de Fenilalanina Hidroxilase, é um erro inato do metabolismo de origem genética e caráter autossômico recessivo, inserido nos tipos de hiperfenilalaninemias. O indivíduo portador de PKU tem deficiência parcial ou total na produção da enzima fenilalanina hidroxilase, que realiza a conversão da L- fenilalanina em tirosina. A partir da deficiência desta enzima, a fenilalanina se acumula no sangue, cérebro e tecidos. Sua alta concentração é tóxica para o sistema nervoso central podendo causar sérios déficits cognitivos e neurológicos. Não existe cura para PKU, portanto o objetivo é o controle dos níveis sanguíneos de fenilalanina, para diminuição de sintomas e prevenção de sequelas. O tratamento é predominantemente através de dieta, sendo que há restrição de alimentos que contém fenilalanina e suplementação com fórmulas dietéticas específicas. O não cumprimento da dieta recomendada pode trazer sequelas irreversíveis ao portador de fenilcetonúria como demência, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, autismo, entre outros transtornos psicológicos. Existe a implementação de várias fórmulas e medicamentos inovadores para melhoria da qualidade de vida do portador de PKU. Sendo assim, é vital a necessidade de minuciosa revisão sobre os tratamentos e resultados apresentados na atualidade. **OBJETIVO:** Revisar a literatura acerca dos tratamentos presentes para fenilcetonúria clássica e seus resultados e desdobramentos na qualidade de vida dos pacientes. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados BVS e PubMed. Foram escolhidos estudos na língua portuguesa, inglesa e espanhola, publicados nos últimos 05 anos. Os assuntos principais dos artigos para inclusão foram: tratamento da fenilcetonúria e qualidade de vida na fenilcetonúria. **RESULTADOS:** Foram selecionados 33 artigos para composição da amostra e leitura minuciosa dos artigos. A partir da leitura dos artigos, foi observado que o tratamento da fenilcetonúria é realizado principalmente por meio de terapia nutricional. Além da abordagem nutricional, existem tratamentos farmacológicos como fórmulas sintéticas de co-fator BH4, dicloridrato de sapropterina e suplementos de aminoácidos como triptofano e tirosina. Para alcançar adequado tratamento dietético, deve-se restringir o consumo de proteína animal e vegetal, pois contém alta concentração de fenilalanina. Além disso, é necessário que a dieta seja suplementada com fórmulas específicas para dietas com restrição de fenilalanina. Essas fórmulas consistem em uma mistura de aminoácidos isentos de fenilalanina, com o objetivo de suprir em torno de 75% da proteína da dieta. Com a intenção de permitir mais opções de alimentos na dieta e promover melhor qualidade de vida aos portadores de fenilcetonúria, um novo tratamento vem sendo estudado. Ele consiste na administração oral de comprimidos denominados de PreKunil, contendo 9 tipos de L-aminoácidos. Nessa abordagem terapêutica não é necessária a utilização de fórmulas e misturas em pó para suplementação da dieta. Por fim, ainda pode ser realizada a administração do co-fator BH4, que pode estimular atividade residual da fenilalanina hidroxilase, promovendo a redução da fenilalanina sanguínea e permitindo maior quantidade de fenilalanina na dieta, apresentando resultado significativo em 50% dos casos. **CONCLUSÃO:** Em suma, todos os tratamentos para fenilcetonúria tem sua eficácia comprovada, contudo, a abordagem

nutricional focada na dieta restrita apenas aos alimentos permitidos é o que tem mostrado maior controle dos valores sanguíneos e redução de sequelas.

**DESCRITORES:** Triagem neonatal. Fenilcetonúrias. Tratamento.

## REFERÊNCIAS

STRISCIUGLIO, P.; CONCOLINO, D. New strategies for the treatment of Phenylketonuria (PKU). *Metabolites*. v.4, n.4, p.1007-17, 2014. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4279156/pdf/metabolites-04-01007.pdf>

TAO, J.; LI, N.; JIA, H. et al. Correlation between genotype and the tetrahydrobiopterin-responsive phenotype in Chinese patients with phenylketonuria. *Pediatric research*, v.78, n.6, p.691-99, 2015.

TRUNZO, R.; SANTACROCE, R.; SHEN, N. et al. In vitro residual activity of phenylalanine hydroxylase variants and correlation with metabolic phenotypes in PKU. *Gene*, v.594, n.1, p.138-43, 2016.

VAN VLIET, D.; ANJEMA, K.; JAHJA, R. et al. BH4 treatment in BH4-responsive PKU patients: preliminary data on blood prolactin concentrations suggest increased cerebral dopamine concentrations. *Molecular genetics and metabolism*, v.114, n.1, p.29-33, 2015.

WOO, S.L.; LIDSKY, A.S.; GUTTLER, F.; CHANDRA, T.; ROBSON, K.J. Cloned human phenylalanine hydroxylase gene allows prenatal diagnosis and carrier detection of classical phenylketonuria. *Nature*, v.306, n.5939, p.151-55, 1983.

## ASSOCIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS COM O CONTROLE PRESSÓRICO

**DOURADO, Raidanne Priscila Carvalho Arantes<sup>1</sup>**

LORETO, Rayana Gomes Oliveira<sup>2</sup>

SOUSA, Andrea Cristina de<sup>3</sup>

PAIXÃO, Geovanka<sup>4</sup>

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é apontada como um grave problema de saúde pública mundial, afetando principalmente países em desenvolvimento e subdesenvolvidos e apesar de todos os avanços científicos e tecnológicos no tratamento da HAS e política pública resolutive e abrangente, para o controle efetivo da pressão arterial, pouco se alcançou. A baixa taxa de controle entre os hipertensos pode estar atribuída em grande parte à baixa adesão do paciente aos seus regimes farmacológicos. **OBJETIVO:** Avaliar associação da adesão ao tratamento de pacientes hipertensos com o controle pressórico. **METODOLOGIA:** trata-se de uma revisão da literatura, realizada nas bases PubMed e BVS onde foram incluídas as pesquisas publicadas no formato de artigo. **RESULTADO:** a síntese da produção evidenciou que embora se encontre intervenção eficaz de educação para a saúde no incentivo a mudança de estilos de vida e inúmeros agentes farmacológicos acessíveis, a pressão arterial ainda se mantém não controlada e o grande impasse visto na assistência a hipertensos são a dificuldade que os pacientes têm em aderir de forma eficaz às orientações terapêuticas que implica em mudanças no estilo de vida e terapia medicamentosa. **CONCLUSÃO** o controle ideal da PA ainda não foi alcançado e a baixa porcentagem de adesão ao tratamento é apontada como um dos principais fatores responsáveis. Estudos realizados em todo o mundo nos últimos tempos têm procurado analisar a adesão ao tratamento entre pacientes hipertensos e os reflexos dessa adesão sobre o controle da pressão arterial ficando evidente o alto grau de comprometimento do tratamento quando o indivíduo hipertenso não adere às recomendações dos profissionais de saúde.

**DESCRITORES:** Hipertensão, adesão ao tratamento, controle da pressão arterial.

### REFERÊNCIAS

BARRETO, M. S.; REINERS, A. A. O.; MARCON, S. S. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 484-490, mai./jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 128 p.

ECKEL, R.H., et al. AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk A Report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. **Journal of the American College of Cardiology**. n.63, v.25, p.2960-84, 2014.

THOMOPOULOS C; Parati G, ZANCHETTI A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 3. Effects in patients at different levels of cardiovascular risk overview and meta-analyses of randomized trials. **J Hypertens**. n.32, v.12, p.2305-14, 2014.

WHO - World Health Organization. **A global brief on hypertension**. Geneva: World Health Organization; 2013. 40p

## A APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE PEDIÁTRICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

RAMOS, Joyce Rodrigues<sup>1</sup>  
LIMA, Pollyana Silva<sup>2</sup>  
BEZERRA, Rosana Mendes<sup>3</sup>

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Os estágios curriculares supervisionados são componentes curriculares obrigatórios para a conclusão da graduação em enfermagem. Deve ser acompanhado por um enfermeiro docente da instituição de ensino (COFEN, 2013). A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a metodologia científica que permite organizar, executar e registrar a assistência de enfermagem. Apresenta etapas a serem seguidas: o histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009). As taxonomias de enfermagem são conjuntos de termos para nomear diagnósticos, intervenções e avaliação de enfermagem. A taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) é adotada no curso de Enfermagem. De acordo com o código de ética dos profissionais de enfermagem a SAE é atribuição legal do enfermeiro (COFEN, 2007). **OBJETIVO:** Descrever a experiência vivenciada durante o estágio curricular supervisionado em clínica geral e cirúrgica e a utilização da SAE na unidade de internação pediátrica. **METODOLOGIA:** Relato de experiência de alunas do último período do curso de enfermagem do Centro Universitário de Anápolis UniEvangélica no Estágio Curricular Supervisionado em Clínica Médica e Cirúrgica e a implementação da SAE na unidade pediátrica. O relato da experiência é um estudo em que o autor discorre sobre todas as observações realizadas durante uma ação feitas, analisando à luz da literatura científica (BREAKWELL, 2010). **RESULTADO:** O estágio foi realizado durante 24 dias no setor de Pediatria, que contava com 28 leitos ativos, destes 4 cirúrgicos e 20 clínicos. Onde são atendidos pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS), planos de saúde suplementar e particulares. No estágio foram realizadas ações de enfermagem com olhar clínico, com ênfase nos problemas e necessidades dos pacientes, por meio consulta, planejamento, intervenção e avaliação de enfermagem, tais como: aferição de sinais vitais, curativo, educação em saúde, lúdico terapia e outros. A implantação de metodologia sistematizada tem sido lenta, devido ao baixo número de enfermeiros na pediatria. Por se tratar de um setor onde atende crianças de várias idades existe a necessidade de saberes específicos como parâmetros vitais, conhecimento sobre as patologias, sinais e sintomas, intervenções de enfermagem, cuidado colaborativo, capacidade de avaliação de resultados e de acompanhamento da evolução e do quadro clínico e cirúrgico dos pacientes. A SAE é um instrumento que padroniza a assistência de forma científica. Porém uma grande dificuldade foi a falta de enfermeira exclusiva no setor. A sobrecarga de trabalho do enfermeiro é um dos problemas que dificulta a implantação da SAE. No entanto, os estagiários tiveram a oportunidade de otimizar a realização da SAE no cuidado de três a quatro crianças diariamente, sob a supervisão do docente e com o apoio do enfermeiro setorial. O aprendizado durante o estágio foi ímpar. Possibilitou o acompanhamento do quadro clínico da criança adequando os cuidados de enfermagem de acordo com a evolução e necessidade da mesma, aumentando a segurança para informar aos responsáveis a evolução do quadro clínico e a justificativa das medidas de cuidado. **CONCLUSÃO:** Ficou evidente a importância da SAE no setor de pediatria. O desenvolvimento da SAE favorece a postura crítica e pró-ativa dos futuros enfermeiros, uma vez que os problemas e as necessidades mudam de paciente para paciente. Houve a oportunidade de refletir que a ação do enfermeiro vai além conhecimentos teóricos e práticos. Perpassa pelo âmbito do compartilhar esses conhecimentos, reconhecer fragilidades, estabelecer um compromisso com a família, desenvolver potencialidades, enfrentar suas limitações, saber que não se sabe tudo, mas que juntos podemos ir além do que foi aprendido em sala de aula e campo de estágio.

**DESCRITORES:** Pediatria. SAE. Cuidados de Enfermagem

## REFERÊNCIAS

BREAKWELL, G.M. et al. **Métodos de pesquisa psicológica**. Porto Alegre: Editora Ciência Humana, 2010.

COFEN. Resolução COFEN N° 311, 08 de fevereiro de 2007. Aprova a **Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. 2007. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007\\_4345.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html)>. Acesso em 24 de abril de 2017.

COFEN. Resolução COFEN n° 358, 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. 2009. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em 24 de abril de 2017.

COFEN. Resolução COFEN N° 441, 15 de maio de 2013. **Dispõe sobre participação do Enfermeiro na supervisão de atividade prática e estágio supervisionado de estudantes dos diferentes níveis da formação profissional de Enfermagem**. 2013. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4412013\\_19664.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4412013_19664.html)>. Acesso em 24 de abril de 2017.

## REMOÇÃO NÃO ELETIVA DO PICC EM RECÉM NASCIDOS: REVISÃO INTEGRATIVA

SANTOS, Renato Lopes<sup>1</sup>  
GOMES, Ana Paula de Jesus<sup>2</sup>  
BEZERRA, Rosana Mendes<sup>3</sup>

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP), ou *Peripherally Inserted Central Venous Catheter* (PICC) é uma tecnologia que se destacou internacionalmente por proporcionar acesso venoso por tempo prolongado. Na atualidade, a utilização do PICC em serviços de unidade de terapia intensiva neonatal é crescente. Essa tecnologia é favorável devido a diminuição do estresse no neonato, diminuição no número de punções periféricas, ser um procedimento menos invasivo e proporciona acesso venoso central prolongado. Entretanto, eventos adversos estão associados à remoção não eletiva, ou seja, antes do término terapêutico (COSTA et al., 2012; JESUS; SECOLI, 2007). **OBJETIVO:** Estudo objetivou investigar quais as causas da remoção não eletiva do PICC em neonatos de 0 – 28 dias de vida **METODOLOGIA:** Revisão integrativa da literatura, realizada nas plataformas PubMed e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine* (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* de Saúde Pública (SCIELLO) e Banco de dados da Enfermagem (BDENF), nos idiomas inglês, português e espanhol, publicados no período de 2011 - 2016. **Resultado:** Selecionou-se 6 artigos para compor essa revisão e foram encontrados 10 tipos de causas para remoção não eletiva. As causas mais encontradas foram: oclusão, ruptura, tração acidental, infecção relacionada ao cateter, edema, extravasamento, infiltração, migração, má perfusão do membro e trombose. **CONCLUSÃO:** Essas complicações levam a retirada do dispositivo antes do término terapêutico intravenoso, ressalta-se que, muitas dessas situações são evitáveis com uma assistência de enfermagem treinada para lidar com o PICC. Este trabalho amplia a compreensão do enfermeiro sobre as boas práticas na manutenção e manuseio desse dispositivo, o que contribui para a prática da enfermagem baseada em evidências. Salienta-se ainda, a necessidade de estudos das práticas do PICC no cenário nacional.

**DESCRITORES:** Cateterismo Venoso Central. Recém-Nascido. Cuidados de Enfermagem.

### REFERÊNCIAS

COSTA, P.; et al . Prevalência e motivos de remoção não eletiva do cateter central de inserção periférica em neonatos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 126-133, Set. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 Set. 2016.

JESUS, V. C.; SECOLI, S.R.. Complicações acerca do cateter venoso central de inserção periférica (PICC). **Ciênc Cuidado Saúde**. Maringá, v. 6, n. 2, p. 252-60, 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4174/2762>> Acesso em: 29 Ago. 2016.

<sup>1</sup> Relator. Enfermeiro residente em Saúde do Adulto e Idoso pela Escola Superior de Ciências da Saúde - DF. Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA.

<sup>2</sup> Enfermeira do Hospital de Urgências de Anápolis. Graduada pelo Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA.

<sup>3</sup> Enfermeira, professora adjunto no Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA.



# ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E A PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM ALUNOS DE UMA ESCOLA PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS

**PASSOS; Adrielly Sthefany Magalhães<sup>1</sup>**

SILVESTRE, Marcela de Andrade<sup>2</sup>

PEREIRA, Sandra Valéria Martins<sup>3</sup>

SANTOS, Rosivane Martins<sup>4</sup>

SILVA, Thaynara Rodrigues Queiroz<sup>4</sup>

RAMOS, Valéria Rodrigues<sup>4</sup>

DOURADO, Veida Bastulhar<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Relatora. Acadêmica do curso de Enfermagem. Centro Universitário de Anápolis- UNIEVANGÉLICA

<sup>2</sup> Professora Adjunto do Centro Universitário de Anápolis. [marcelasilvestre2@hotmail.com](mailto:marcelasilvestre2@hotmail.com)

<sup>2</sup> Professora Titular do Centro Universitário de Anápolis - UNIEVANGÉLICA. [sandravaléria@unievangelica.edu.br](mailto:sandravaléria@unievangelica.edu.br).

<sup>4</sup> Acadêmico do curso de Enfermagem. Centro Universitário de Anápolis- UNIEVANGÉLICA

## 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) caracterizam-se por um longo período de latência e poucos sintomas iniciais. Estão entre as principais causas de morte em todo mundo. As maiores taxas de permanência são encontradas em países pobres e em desenvolvimento. Um terço das mortes associadas às DCNTs acontecem no período de vida produtivo (19 a 59 anos). No Brasil as DCNTs constituem um problema de saúde pública, sendo a maior causa de morte no país. Atingem a população de classe econômica menos privilegiada, de menor acesso a serviços de saúde de qualidade e mais vulnerável aos fatores de risco (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Estudos apontam que em 2007 as DCNTs foram responsáveis por 540 óbitos para cada 100 mil habitantes no Brasil. Observa-se que a maior parte dessas mortes são evitáveis e advém de doenças como diabetes, obesidade, câncer, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas, decorrentes em sua maioria de hábitos de vida inadequados, como alimentação pobre em nutrientes e rica em sódio e açúcares, inatividade física, tabagismo, consumo nocivo de bebidas alcoólicas e pouco lazer (BRASIL, 2011).

## 2 OBJETIVOS

Descrever os fatores de risco para o desenvolvimento de DCNTs em estudantes de uma escola de jovens e adultos (EJA) no município de Anápolis-GO

## 3 METODOLOGIA

Relato de experiência de casos clínicos vivenciados por acadêmicos durante estágios supervisionados de Enfermagem em um projeto assistencial realizado em uma escola de jovens e

adultos (EJA) no município de Anápolis-GO, no ano de 2017. Participaram 15 alunos por demanda espontânea.

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados com enfoque nos indicadores de risco para DCNTs: glicemia capilar, aferição de pressão arterial (PA), peso, altura, cálculo de índice de massa corporal (IMC) e circunferência abdominal. A primeira etapa da coleta de dados consistiu no exame físico com enfoque na aferição desses indicadores. Após análise dos parâmetros, os participantes considerados em para desenvolverem DCNTs, na segunda etapa esses foram convidados a participar de Consulta de Enfermagem e investigação mais ampla de indicadores socioeconômicos, demográficos, histórica progressa de doenças e fatores familiares, hábitos alimentares, atividade física e estilo de vida. A terceira etapa consistiu na intervenção educativa de enfermagem, com orientação para o autocuidado para evitar complicações das DCNTs e para promoção de saúde. Os participantes com dificuldade de acesso ao atendimento médico foram encaminhados ao ambulatório central universitário da UniEVANGÉLICA. Na quarta etapa esses foram acompanhados pelos estagiários, tendo em vista um retorno do estado de saúde e acompanhamento no referido ambulatório: através de telefone e uma visita domiciliar.

Para análise de dados foi realizado julgamento de medidas biofisiológicas e análise de conteúdo dos relatos dos participantes.

Os participantes foram abordados individualmente de maneira a não causar transtornos em suas atividades estudantis. Foi esclarecido o caráter voluntário da participação e a importância da ação para promoção de sua saúde e melhoria da qualidade de vida.

#### **4 RESULTADOS**

Participaram 15 alunos do EJA: 53,33% do sexo masculino, entre 18 a 30 anos de idade, 80% relataram estar trabalhando. As informações sobre os indicadores demográficos e socioeconômicos estão descritas na tabela 1.

Os indicadores biofisiológicos, como: IMC, glicemia, pressão arterial e circunferência abdominal são considerados importantes marcadores de risco para DCNTs. O perfil dos participantes deste estudo está descrito na tabela 2.

O IMC é um parâmetro utilizado para calcular a gordura corporal. O IMC tem ganhado destaque, por ser um método simples e acessível, que permite a identificação do estado antropométrico, detecção e acompanhamento do excesso de peso da população (DUNCAN, BRUCE BARTHOLOW et al., 2012).

No estudo foi encontrada alta prevalência de sobrepeso, acometendo 50% das mulheres. O sobrepeso aumenta o risco de doenças cardiovasculares e vários tipos de cânceres, diminuindo a

expectativa de vida. Essas doenças estão associadas principalmente à falta de exercício físico, bem como à alimentação inadequada, caracterizada por alimentos industrializados, excesso de gorduras, sódio, açúcares e pobres em verduras, frutas e legumes (OLIVEIRA JUNIOR; 2014).

Tabela 1 Indicadores demográficos e socioeconômicos e de alunos da Educação de Jovens e Adulto no município de Anápolis. Ano 2017.

Variáveis	<i>f</i>	%
Idade		
18 a 30 anos	6	40,00
31 a 42 anos	4	26,67
43 a 55 anos	5	33,33
Sexo		
Feminino	7	46,67
Masculino	8	53,33
Trabalha		
Sim	12	80,00
Não	3	20,00
Nível de Escolaridade		
Fundamental	5	33,33
Médio	8	53,33
Superior	2	13,33
Plano de Saúde		
Sim	5	33,33
Não	10	66,67

Apenas um participante foi classificado como de baixo risco para DCNTs, seis com médio risco e oito com alto risco. Daqueles de alto risco, três foram referenciados para atendimento médico especializado.

Posteriormente, através de contato por telefone, levantou-se o problema de que nenhum dos pacientes encaminhados para atendimento médico havia procurado o ambulatório. Desses, apenas um aceitou receber uma visita domiciliar por parte dos estagiários. Apesar desse participante não ter procurado o atendimento médico, durante a visita domiciliar, observou-se algumas mudanças de hábitos, como adesão a prática de atividades físicas e alimentação mais saudável. Durante a visita foram realizadas intervenções de educação em saúde com a finalidade de despertar o interesse e ressaltar a importância de acompanhamento médico, adoção de hábitos saudáveis de vida, como alimentação adequada e ingestão adequada de líquidos, prática regular de atividade física, controle do peso e lazer, bem como dos prejuízos causados pelo uso abusivo do álcool e/ou tabaco. Ao final da visita o participante demonstrou -se convencido sobre a importância de procurar atendimento médico especializado.

Tabela 2 Distribuição de Indicadores de Risco para DCNTs entre alunos da Educação de Jovens e Adulto no município de Anápolis. Ano 2017.

Indicadores	<i>f</i>	%
Pressão Arterial – mmHg		
Normotenso	11	73,33
Limitrofe	2	13,33
Hipertenso	2	13,33
Índice de Massa Corporal - Altura <sup>2</sup> /Peso		
Peso Normal	5	33,33
Sobrepeso	6	40,00
Obesidade grau I	1	6,67
Obesidade grau II	2	13,33
Obesidade grau III	1	6,67
Homem - Circunferência Abdominal – cm		
Aumentado	1	8,33
Normal	2	16,67
Mulher – Circunferência Abdominal –		
Aumentada	6	50,00
Normal	2	16,67
Glicemia Capilar -Pós-Prandial – mg/dl		
Normal	10	90,91
Hiperglicemia	1	9,09

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visita domiciliar com intervenções de educação em saúde foram consideradas importantes estratégias no controle do risco para DCNTS e suas complicações e na promoção da saúde. Assim, tais intervenções devem ser incentivadas. Verificou-se também a necessidade de implantação de políticas sociais e de saúde com o objetivo de atenuar os determinantes e condicionantes no processo saúde e doença.

A contribuição da Enfermagem é relevante neste processo, principalmente pelo seu papel na Estratégia de Saúde da Família. A equipe deve referenciar e contra referenciar os cliente/usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), corroborando para o aumento das chances de um bom prognóstico e melhoria da qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dec. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 03 de Abril de 2017.

LAKATOS, Eva Maria. Metodologia científica/ Eva Maria, Lakatos, Marina de Andrade Marconi – 5 ed. – 5. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2011.

OLIVEIRA JUNIOR, J.C.. Fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis: uma revisão bibliográfica. (Trabalho de conclusão de curso) Linhas de Cuidado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, 2014.

OLIVEIRA, Lucivalda Pereira Magalhães de et al. Índice de massa corporal obtido por medidas autorreferidas para a classificação do estado antropométrico de adultos: estudo de validação com residentes no município de Salvador, estado da Bahia, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 21, n. 2, p. 325-332, jun. 2012.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Rev. Nutr., Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, Dec. 2004.

## DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: FATORES DE RISCO ENTRE ESTUDANTES EM UMA ESCOLA DE JOVENS E ADULTOS NO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS - GO.

**CÂNDIDA, Lucimeire<sup>1</sup>**  
 PEREIRA, Sandra Valéria Martins<sup>2</sup>  
 SILVESTRE, Marcela de Andrade<sup>3</sup>  
 DIAS, Gabriela Camargo<sup>4</sup>  
 MOARES, Luzia Gomes de<sup>4</sup>  
 QUEIROZ, Mirla Kalyne de Almeida<sup>4</sup>  
 SOUZA, Sheila Raiany da Silva<sup>4</sup>

<sup>1</sup>**Relatora.** Acadêmica do curso de Enfermagem Centro Universitário de Anápolis- UNIEVANGÉLICA

<sup>2</sup> Professora Adjunto do Centro Universitário de Anápolis – UNIEVANGÉLICA [marcelasilvestre2@hotmail.com](mailto:marcelasilvestre2@hotmail.com).

<sup>3</sup> Professora Titular do Centro Universitário de Anápolis – UNIEVANGÉLICA [sandravaleria@unievangelica.edu.br](mailto:sandravaleria@unievangelica.edu.br)

<sup>4</sup> Acadêmicos do curso de Enfermagem Centro Universitário de Anápolis- UNIEVANGÉLICA

### RESUMO

**Introdução:** As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e também por estarem associadas à deficiências e incapacidades funcionais. A incidência e prevalência estão associadas às condições de vida, com ênfase para as desigualdades sociais.

**Objetivo:** Descrever os principais fatores de risco e suas implicações para DCNTs em estudantes de uma escola de jovens e adultos (EJA) no município de Anápolis – GO. **Metodologia:** Este estudo consiste em um relato de experiência de casos clínicos levantados por acadêmicos durante estágios supervisionados de Enfermagem em projeto assistencial realizado com 16 alunos de uma EJA no município de Anápolis-GO, em março de 2017. Foi aplicado um roteiro para Consulta de Enfermagem desenvolvido na Disciplina Estágio Supervisionado de Investigação de Saúde. Os dados foram analisados no programa Microsoft Excel®. **Resultados:** Os participantes, 75% do sexo feminino, com faixa etária de 16 a 60 anos, em média 35 anos de idade, 50% casados, 68,75% com menos de 12 anos de escolaridade, 50% relataram ocupação profissional, 68,75% não possuem convênio ou plano de saúde particular. Em relação aos hábitos alimentares a maioria foram considerados como regular, 12,5% como saudáveis e 12,5% não saudáveis. Todos foram orientados pelos estagiários para autocuidado com a finalidade de diminuir riscos e complicações de DCNT. Os resultados deste estudo confirmam a necessidade da atuação do enfermeiro na promoção da saúde, bem como de educação permanente para aqueles que atuam na atenção primária.

A consulta de enfermagem é imprescindível para a identificação precoce de riscos para DCNT e suas complicações. Além disso, o enfermeiro deve ter competência para intervenções de educação em saúde da população.

**Palavras-chave:** Doenças crônicas não transmissíveis. Saúde. Enfermagem.

## 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) apresenta curva crescente em todo o mundo, seus riscos e complicações causam negativos impactos sociais, econômicos e na qualidade de vida dos indivíduos, representando um importante desafio de saúde pública, sendo uma das principais causas de mortalidade na população mundial. Caracterizam por uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa, bem como por associação com deficiências e incapacidades funcionais. As de maior impacto mundial são as doenças cardiovasculares, dentre essas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM), as neoplasias e doenças respiratórias crônicas (PAULO, et al., 2014).

É importante ressaltar que entre os fatores de risco, a maioria são evitáveis por meio de mudança de hábitos e estilo de vida, como: tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e uso abusivo de álcool (BRASIL, 2014; VERAS, 2012).

Neste sentido, torna-se importante a realização de um diagnóstico precoce, planejamento, elaboração e implementação de ações de saúde educativas. O processo educativo tem como objetivo a reorientação dos processos, onde as avaliações obtidas podem subsidiar novas propostas educativas a nível individual, coletivo e institucional (SILVA, et al., 2016).

O enfermeiro tem um papel importante como integrante de uma equipe multidisciplinar, dentre outras deve desenvolver competência para avaliação de riscos para DCNTs, planejamento e tomada de decisão sobre ações de promoção da saúde. Assim, a investigação, prevenção e controle das DCNTs constituem intervenções relevantes no desenvolvimento de habilidades e competências na formação desse profissional, como: educação em saúde, referência e contra-referência, visitas domiciliares, medidas de apoio e controle da adesão do paciente ao tratamento e participação nas ações de educação em saúde.

## 2 OBJETIVO GERAL

Descrever os principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis entre estudantes e profissionais de uma escola de supletivo para jovens adultos no município de Anápolis-GO.

### 3 METODOLOGIA

Relato de experiência de casos clínicos levantados por acadêmicos de Enfermagem da UnEVANGÉLICA, durante o Estágio Supervisionado de Investigação de Saúde, em projeto realizado em uma escola de jovens e adultos (EJA) no município de Anápolis-GO, no ano de 2017. Participaram 16 alunos do EJA por demanda espontânea.

Foi desenvolvido um instrumento para Consulta de Enfermagem, que constou de um questionário para investigação de dados demográficos e socioeconômicos, antecedentes familiares, história pregressa de doença, estado de saúde atual e estilo de vida: atividade física e hábitos alimentares.

A intervenção de enfermagem foi realizada pelos estagiários: entrevista e exame físico com enfoque na aferição de indicadores de risco para DCNTs. Após análise dos parâmetros encontrados, os participantes considerados em risco para desenvolverem DCNTs foram convidados a participar de intervenção de educação em saúde voltada para orientação para o autocuidado para evitar complicações das DCNTs.

Para análise de dados foi realizado julgamento de medidas biofisiológicas e análise de conteúdo das falas dos participantes.

A avaliação de risco alimentar seguiu as diretrizes do Ministério da Saúde:  $\leq 28$  pontos, o indivíduo necessita tornar a alimentação e os hábitos de vida mais saudáveis;  $29 \geq 42$  pontos, necessidade de atenção para com a alimentação, os hábitos de vida e a ingestão hídrica;  $\geq 43$  pontos apresenta estilo de vida saudável.

Foram considerados praticantes de exercício físico pessoas que informaram qualquer modalidade de exercício físico de no mínimo 30 minutos diariamente, todos os dias da semana e ou atividade da vida diária, como: deslocamento a pé ou de bicicleta para a escola ou trabalho, subir e descer escadas, atividades domésticas e práticas de lazer.

Os participantes foram abordados com respeito a sua privacidade e de maneira a não causar transtornos em suas atividades estudantis. Foram também esclarecidos sobre o caráter voluntário da participação na Consulta de Enfermagem.

As informações foram analisadas utilizando o programa Microsoft Excel® a fim de obter medidas descritivas simples: frequência, incidência e prevalência.



#### 4 RESULTADOS

Dos participantes 75% do sexo feminino, a faixa etária variou de 16 a 60 anos, com média de 35 anos de idade, 50% casados, 68,75% com escolaridade menor que 12 anos, 50% informaram ocupação profissional, 68,75% informaram não possuir convênio ou plano de saúde particular. Dois participantes foram classificados como de alto risco para complicações de DCNTs:

- um deles homem de 49 anos de idade, em que o risco para DCNTs foi evidenciado por relato de antecedentes familiares de Acidente Vascular Encefálico (AVE), ex-tabagismo, com diagnóstico prévio de DM, em uso contínuo de Metformina 500mg. Ao exame físico apresentou: Índice de Massa Corporal (IMC = 25,66), classificada como sobrepeso e circunferência abdominal 99 cm, indicando risco de complicação metabólica aumentada, pressão arterial de 140 x 100 mmHg, considerada hipertensão leve, glicemia pós-prandial de 206 mg/dl, classificada como elevada. Esse foi orientando para mudança de hábitos, importância da alimentação saudável, prática de exercícios físicos, além de encaminhamento para serviço especializado (ABESO, 2016). Este paciente recusou o encaminhamento para serviço o serviço especializado.
- outra paciente do sexo feminino, com 57 anos de idade informou hipertensão arterial e uso contínuo de Losartana. Ao exame físico apresentou risco elevado para DCNT caracterizado por IMC 33,26, classificada como obesidade grau I e alimentação não saudável. Foi realizada intervenção de educação em saúde voltada para o esclarecimento de dúvidas e orientações quanto à mudança de hábitos alimentares, importância da atividade física, bem como encaminhamento para o serviço médico e de nutrição especializado. Posteriormente foi realizada uma visita domiciliar, ocasião em que constatou-se a adesão da mesma as orientações para o autocuidado.

Em relação à percepção da sua própria saúde, 50% consideraram seu próprio estado de saúde como bom, 37,5% como regular e 12,5% a consideraram ruim. Considerando consumo de bebidas alcoólicas, 56,2% admitiram fazer uso ocasional ou esporádico, 18,7% se declararam fumantes. No que se refere à prática de atividade física regular, 68,7% informaram sedentarismo.

Tabela 1.

Tabela 1 Distribuição de fatores de risco para Doenças Crônicas Não – Transmissíveis em estudantes de uma escola de jovens e adultos (EJA) no município de Anápolis-GO, no ano de 2017.

<b>Indicadores</b> <b>Amostra (n= 16)</b>	<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Antecedentes Familiares	Acidente vascular encefálico	01	6,2
	Diabetes Mellitus	02	25,0
	Hipertensão Arterial Sistêmica	04	25,0
Fatores de risco	Sedentarismo	11	68,7
	Hipertensão Arterial Sistêmica	04	25,0
	Diabetes Mellitus	04	25,0
	Tabagismo	3	18,7
	Obesidade grau I	2	12,5
	Obesidade grau II	2	12,5
	Desconhece índices de PA, HGT e	15	93,7
Percepção da Própria Saúde	Colesterol	14	85,5
	Não realizam dieta	14	85,5

No que tange aos hábitos alimentares 75% apresentaram hábitos saudáveis, 12,5% não saudáveis e 12,5% saudáveis.

## 5 DISCUSSÃO

A autoavaliação do estado de saúde tem sido objeto de vários estudos, mostrando importantes aspectos da saúde e da qualidade de vida de diferentes populações. Neste sentido, a avaliação dos fatores de risco associados é importante para nortear intervenções de promoção e proteção da saúde (BELÉM, et.al., 2016).

Observa-se que dos pacientes de risco para DCNTs um deles se recusou à procurar serviço médico. Apesar da resistência constituir um comportamento de risco deve-se considerar que o paciente possui autonomia para aceitar ou não o tratamento. Mas que os estagiários realizaram orientações sobre a importância do acompanhamento médico, bem como lhe fizeram uma visita domiciliar.

O fator de risco de maior prevalência foi o sedentarismo (68%). Há evidências de que o sobrepeso e o sedentarismo são os fatores mais associados ao DM. De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) a incidência dessa doença é diretamente proporcional ao envelhecimento populacional, da maior urbanização, da curva ascendente das taxas sedentarismo e de obesidade. Os programas de prevenção primária das DCNTs estão fundamentados em educação em saúde para adequação da dieta e prática regular de atividades físicas, com enfoque no controle do peso corporal (WHO, 2015).

Estudo encontrou associação estatisticamente significativa entre história de sedentarismo e impossibilidade de realizar as atividades de vida diária (AVD), uma vez, que a prática de exercícios físicos é essencial ao equilíbrio corporal, manutenção da força, flexibilidade e agilidade, bem como a capacidade funcional do organismo (RIBEIRO et al., 2016).

Além da atividade física deve-se considerar a importância do consumo de alimentos adequados e a relevância das informações nutricionais contidas em embalagens e rótulos dos alimentos industrializados. Observa-se que a maioria das pessoas não costumam ler esses rótulos. Fato alarmante, haja vista que é comum a presença de componentes hipercalóricos, sódio e outros nos alimentos industrializados.

A HAS é uma condição clínica multifatorial evidenciada pelo aumento dos níveis pressóricos acima de 140 por 90 mmHg. Pode ser desencadeada ou agravada pela presença de outros fatores de risco, como: dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM. Essa patologia está associada ao AVE, infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC) e morte súbita (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

O consumo nocivo de álcool e tabaco deixou de ser um estilo de vida e fator de sociabilidade e transformou-se em uma doença neurocomportamental, representando cerca de 68% de causas de mortes evitáveis no mundo. O abuso dessas substâncias está associado as DCNTs, acarretando prejuízos biológicos e psicossociais, como o desenvolvimento de doenças neoplásicas, hepáticas, cardiovasculares pulmonares, transtornos socioafetivos e as violências interpessoais (WHO, 2014).

Foi encontrada alta prevalência de consumo diário de alimentos considerados de risco a saúde, como: e carboidratos (87,50%), óleo de soja e carnes com excesso de gordura e frango com pele (81,25%). Apenas 43,75% afirmaram consumir frutas e 56,25% leite e derivados de 2-3 vezes/semana. Proporções superiores ao padrão de normalidade estabelecido nas diretrizes nutricionais brasileiras.

A promoção da alimentação saudável é uma diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e uma das prioridades para a segurança alimentar e nutricional dos brasileiros, visando contribuir para a melhoria da qualidade de vida e a prevenção de doenças relacionadas à alimentação, como obesidade, diabetes e hipertensão (BRASIL, 2014).

É indiscutível a importância da atenção primária em saúde da população. No Brasil, ações de atenção básica à saúde estão associadas à redução da taxa de mortalidade por DCNT, em de 1,8% ao ano. Resultado atribuído à influência positiva das medidas governamentais orientadas para restringir o consumo nocivo de álcool e/ou tabaco, dietas pouco saudáveis, sedentarismo.

A prevalência de DCNT no mundo é elevada. Em países de renda média e baixa essa taxa supera a de doenças infecciosas (BALBINOT, 2014). Neste sentido, o Brasil possui um Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 2011-2022, que define metas e compromissos, ações e investimentos no sentido de preparar o país para o enfrentamento dos desafios representados pelas DCNT e seus fatores de risco nos próximos dez anos. Entre as metas traçadas está a de reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade por tais causas (MALTA, 2014).

Entendemos que o enfermeiro deve atuar juntamente com a equipe multidisciplinar de saúde na promoção de saúde e na prevenção de DCNTs e suas complicações. Para o julgamento clínico deve-se levar em conta os indicadores de risco: IMC, circunferência abdominal, PA e Glicemia. Apesar do longo caminho a ser percorrido rumo ao alcance de um atendimento de qualidade é perceptível que o enfermeiro tem desenvolvido importante papel nos serviços de saúde (PAULA; ANDRADE, 2012).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo confirmam a importância da atuação do enfermeiro na prevenção de DCNTs e promoção da saúde, por meio de práticas de educação popular de saúde. Deve ser um constante investigador de fatores de risco para tais agravos, além de educador em saúde.

Há de se considerar a importância da abertura de espaço para que clientes e familiares possam expressar suas dúvidas, problemas, tratamento e controle da saúde. Espera-se que este estudo possa corroborar com outras pesquisas visando subsidiar o desenvolvimento de ações mais efetivas no sentido de mobilizar enfermeiros sobre a relevância de seu papel no controle das DCNTs e apoio à população de risco.

## REFERÊNCIAS

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3. ed. São Paulo, 2009. Disponível em:

[http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes\\_brasileiras\\_obesidade\\_2009\\_2010\\_1.pdf](http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf). Acesso em 01 de Abril de 2017.

BALBINOT, Rachele Amália Agostini. Diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade: análise da legislação na Argentina, no Brasil e na Colômbia. Doenças crônicas não transmissíveis: análise comparada de legislação. **Rev. Dir. sanit.**, São Paulo, 2014. Disponível em:

[www.revistas.usp.br/rdisan/article/viewFile/88360/91236](http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/viewFile/88360/91236) . Acesso em 01 de Abril de 2017.

BELEM, Patrícia Leite de Oliveira et al. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232016000200265](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000200265). Acesso em 01 de Abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar - Como Ter Uma Alimentação Saudável, 2014.

Disponível em:

[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_alimentacao\\_saudavel.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_alimentacao_saudavel.pdf). Acesso em 24 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf).

Acesso em 28 de Março de 2017.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2016. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000200373&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000200373&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em 29 de Março de 2017.

PAULA, Carlos Flávio de; ANDRADE, Paula Teresa Cristina Bruno. Atuação do enfermeiro na prevenção de hipertensão arterial e diabetes mellitus na família. **Rev. Ensaios e Ciência**. Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde. São Paulo, 2012. Disponível em:

<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/ensaioeciencia/article/viewFile/2823/2677>. Acesso em 31 de Março de 2017.

PAULO, Thais Reis Silva et al. Atividade física e estado nutricional: fator de proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) . **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, 2014.

Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2691/pdf>. Acesso em 13 de março de 2017.

RIBEIRO, Andréia Queiroz et al . Prevalência e fatores associados à inatividade física em idosos: um estudo de base populacional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , 2016. Disponível em:

[http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n3/pt\\_1809-9823-rbagg-19-03-00483.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n3/pt_1809-9823-rbagg-19-03-00483.pdf). Acesso em 01 de Abril de 2017.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da et al . Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462016000300765&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300765&lng=pt&nrm=iso&tlng=en). Acesso em 30 de Março de 2017.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo, 2016. <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>.

Acesso em 31 de Março de 2017.

Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. **Rev. Soc. Bras. Card.**, 2016. Disponível em:

[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf). Acesso em 31 de Março de 2017.

VERAS, Renato Peixoto. Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos. **Acta Scientiarum**, 2012. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a25v17n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a25v17n1.pdf). Acesso em 24 de Março de 2017.

World Health Organization (2014). Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) - Relatório Global sobre Álcool e Saúde - 2014 (online database). <http://www.who.int/gho/alcohol>. Acesso em 30 de Março de 2017.

World Health Organization. The World Health Organization Global status report on noncommunicable diseases 2015. Geneve, 2015. [Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não transmissíveis e Saúde Mental](#). Acesso em 30 de Março de 2017.

## **RISCO PARA DOENÇAS CRONICAS NÃO TRANSMISSIVEIS (DCNT) ENTRE ADULTOS E JOVENS DE UMA ESCOLA PÚBLICA DO INTERIOR DE GOIAS**

**BARCELOS, Cinthia Carolina Silva<sup>1</sup>**

SILVESTRE, Marcela de Andrade<sup>2</sup>

PEREIRA, Sandra Valéria Martins<sup>3</sup>

SANTOS, Michelle Souza<sup>4</sup>;

RIBEIRO, Rafael Mariano<sup>4</sup>;

ESPINDOLA, Amanda Ferreira<sup>4</sup>;

SOUSA, Maria Gleidna Soares<sup>4</sup>;

CUNHA, Rayssa Franciele<sup>4</sup>;

SANCHES, Sandra<sup>4</sup>;

<sup>1</sup>Relatora Acadêmico do curso de Enfermagem. Centro Universitário de Anápolis- UNIEVANGÉLICA

<sup>2</sup>Professoraadjunto do Centro Universitário de Anápolis. [marcelasilvestre2@hotmail.com](mailto:marcelasilvestre2@hotmail.com)

<sup>3</sup>Professora Titular do Centro Universitário de Anápolis. UNIEVANGÉLICA. [sandravaleria@unievangelica.edu.br](mailto:sandravaleria@unievangelica.edu.br).

<sup>4</sup>Acadêmicas do curso de Enfermagem. Centro Universitário de Anápolis- UNIEVANGÉLICA

### **RESUMO**

As Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam relevante problema de saúde. Dentre os fatores associados destaca-se o acúmulo de práticas negativas ao longo da vida, que acarretam agravos de saúde severos relacionados à alta taxa de morbimortalidade no mundo. O objetivo deste estudo foi descrever o risco para DCNTs em estudantes adultos e jovens e realizar orientações sobre promoção de saúde e prevenção de complicações. Trata-se de um relato de experiência de estagiários do curso de Bacharelado de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis- UniEVANGELICA.

### **1 INTRODUÇÃO**

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão em grande expansão global devido ao ritmo acelerado da sociedade pós-industrial. Atualmente representam um grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil relacionado a altas taxas de morbimortalidade. No entanto, essas doenças são preveníveis e controláveis por ações de promoção à saúde, com ênfase para o incentivo da população para mudanças nos hábitos alimentares, prática de atividade física e adesão ao estilo de vida saudável (BRASIL, 2015).

As DCNTs são representadas por quatro grupos de doenças: cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e o Diabetes Mellitus. Os fatores de risco relacionados a

esses agravos estão classificados em fatores modificáveis e não modificáveis (DUNCAN et al., 2012). Assim, fatores hereditários não são modificáveis, mas aqueles relativos ao estilo de vida podem ser mudados. O estilo de vida é adquirido ao longo da vida, podendo ser adaptada por convívio ou estilos de vida padronizados pela sociedade contemporânea e cultura, levando os indivíduos a assumirem hábitos saudáveis ou não (MÁSSIMO et al., 2015).

Em 2011, o Ministério da Saúde apresentou um Plano de ações estratégicas para enfrentamento das DCNTs, destacando-se as estratégias e os programas para contenção de doenças respiratórias crônicas, cardiovasculares, câncer, diabetes, bem como para diminuir o uso do álcool e do tabaco e de alimentação inadequada e sedentarismo.

## **2 OBJETIVO**

Descrever risco para Doenças crônicas não transmissíveis em estudantes adultos e jovens e realizar orientações sobre promoção de saúde e prevenção de complicações.

## **3 METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência descritivo. Foram realizadas consultas de enfermagem com aplicação de um instrumento de coleta de dados com enfoque na investigação de risco para DCNTs. Participaram 20 estudantes de uma escola de Jovens e adultos (EJA) em Anápolis-Go, de acordo com a disponibilidade dos participantes e com a autorização da diretoria. O risco de DCNT e suas complicações foi investigado a partir da mensuração de variáveis biofisiológicas: pressão arterial sistêmica (PAS), peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e glicemia capilar. As pessoas que apresentaram riscos foram encaminhados para um centro de referência de um Centro Universitário de Anápolis- UniEVANGÉLICA, e se necessário acompanhados por telefone ou visita domiciliar.

As variáveis avaliadas foram idade, sexo, histórico de DCNT familiar, estado nutricional, pressão arterial sistêmica, prática de atividade física e hábitos de vida. Foram considerados indivíduos eutróficos os estudantes com  $19 \leq \text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$ , com sobrepeso os que apresentaram  $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ , e com obesidade aqueles com  $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ . Hipertensão foi considerada aos indivíduos que apresentaram Pressão arterial sistólica de  $>140 \text{ mmHg}$  e diastólica  $>90 \text{ mmHg}$ .

## **4 RESULTADOS**

Os participantes apresentaram idade média de 37,05 anos, 80% do sexo feminino, 70% deles relataram antecedentes familiares de doença crônica. Em relação ao IMC, 45% foram classificados como eutróficos, 30% apresentaram sobrepeso e 25% obesidade. A distribuição dos



diferentes níveis de IMC segundo condição de hipertensão arterial, hábitos alimentares, e prática de atividade física está descrita na tabela 1.

Tabela 1 Classificação do Índice de massa corporal segundo condição de hipertensão arterial, hábitos alimentares, e prática de atividade física de estudantes de uma escola de jovens e adultos em Anápolis-GO. Ano 2017.

Variáveis	Índice de massa corporal (IMC)		
	Eutróficos	Sobrepeso	Obesidade
	(n=9) f(%)	(n=6) f(%)	(n=5) f(%)
<b>Hipertensão</b>			
Sim	2(22)	1(17)	2(40)
Não	7(78)	5(83)	3(60)
<b>Inatividade Física</b>			
Sim	5(56)	2(33)	2(40)
Não	4(44)	4(67)	3(60)
<b>Hábitos alimentares</b>			
<b>Ingesta de Frutas</b>			
Baixa	5(56)	2(33)	5(100)
Regular	4(44)	4(67)	-
<b>Alto consumo de carne vermelha</b>			
Sim	9(100)	6(100)	5(100)
Não	-	-	-
<b>Alto consumo carboidratos e doces</b>			
Sim	6(67)	3(50)	4(80)
Não	3(33)	3(50)	1(20)

Dos participantes 5% apresentavam hipertensão arterial, desses 60% estavam entre sobrepeso e obesidade. Dos indivíduos considerados com sobrepeso 67% não praticam atividade física e dos considerados com obesidade, 60% não praticam atividade física. Todos os participantes com obesidade relataram baixa ingestão de frutas e alto consumo de carne vermelha, 80% desses afirmaram alto consumo de carboidratos e doces.

No presente relato de experiência podemos observar que a classificação do IMC dos participantes são diferentes, conforme estilo de vida e hábitos alimentares dos participantes. Considera-se agravante que quase a metade dos participantes não praticam atividade física.

Foi detectada hiperglicemia em um dos participantes, que foi orientado e encaminhado para o Ambulatório Médico do Centro Universitário de Anápolis- UNIEVANGÉLICA, bem como realizado acompanhamento por telefone. Esse participante informou ter procurado tratamento e mudado seus hábitos alimentares.

## DISCUSSÃO

O desenvolvimento de DCNT está relacionado a hábito de vida não saudáveis como inatividade física, excesso de alimentos com baixo teor de nutrientes, alto teor de sódio, alto teor de energia, gorduras saturadas, gorduras trans, carboidratos e baixo consumo de frutas e hortaliças. Estudo evidenciou que a população tem mudado os hábitos alimentares e aumentado a preferência por alimentos industrializados, altamente processados e de rápida disponibilidade e ingestão. O mundo globalizado implantou um estilo de vida mais acelerado, gerando estresse cotidiano, e hábitos considerados convenientes e mais acessíveis (HAUSCHILD, 2015).

Em relação aos hábitos alimentares indivíduos considerados obesos relataram não ingerir frutas. É importante considerar, que são alimentos reguladores ricos em vitaminas, enzimas e fibras alimentares, auxiliando no funcionamento do intestino (FERNANDES; VARGAS, 2007). O consumo frequente desses alimentos minimizam o risco de doenças cardiovasculares e cânceres gastrointestinais.

O alto consumo de carne vermelha, carboidratos e doces informado pelos participantes é um hábito alimentar relacionado ao acúmulo de gordura na região abdominal, hiperglicemia, hiperinsulinemia e dislipidemias predispondo às DCNTs (HEITOR; RODRIGUES; TAVARES, 2013).

O sedentarismo é um fator de risco para comorbidades metabólicas levando a pré-disposição para hipertensão, câncer, obesidade, e aterosclerose.

A atividade física melhora a capacidade funcional e a saúde, sendo responsável pelo bom funcionamento de vários órgãos vitais inclusive o miocárdio, melhorando a circulação sanguínea e evitando acúmulo de gordura abdominal e circulatória. O sedentarismo é um fator de risco para co-morbidades metabólicas levando a pré-disposição para hipertensão, câncer, obesidade e diabetes.

As ações de saúde coletiva estão incluídas nas intervenções de enfermagem na prevenção das DCNTs e suas complicações. Ações como: busca ativa de pessoas com fatores de risco, intervenções de educação em saúde, visita domiciliar, referência e contra - referência são importantes para prevenção, diagnóstico precoce e controle desses agravos, sendo importante também o acompanhamento do paciente por uma equipe multidisciplinar de saúde (HAUSCHILD, 2015).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções de enfermagem realizadas pelos estagiários (consulta de enfermagem, educação em saúde voltadas para mudanças nos hábitos de vida e práticas saudáveis) foram bem

aceitas pelos participantes e com certeza levaram a autorreflexão sobre o estilo de vida. Além do diagnóstico de hiperglicemia e encaminhamento para tratamento médico.

Os estagiários compreenderam o importante papel do enfermeiro na promoção, prevenção e diagnóstico precoce de DCNTs, desenvolvendo habilidades e competências esperadas para atuação em atenção básica à saúde, bem como compromisso com a mudança do perfil epidemiológico da população em sua região de atuação.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil, 2014: **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2014.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf)> Acesso em: 12/04/2017.

FERNANDES R.A, VARGAS S. A. O cuidado de enfermagem na obesidade infantil, artigo de revisão. **Rev. Meio Ambiente e Saúde**. v.2 n.1 mai/ago. 2007.Pg 273-281. Disponível em:<[http://www.faculdaedofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%20\(1\)%20273-281.pdf](http://www.faculdaedofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%20(1)%20273-281.pdf)> Acesso em: 26/04/2017.

MÁSSIMO, E.A.L et al. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.20 n.3, 679-688, Minas gerais, out. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt\\_1413-8123-csc-20-03-00679.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00679.pdf)> Acesso em: 12/04/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)> Acesso em: 28/04/2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Plano estratégico da Organização Pan-Americana de Saúde, 2014-2019**. Washington, DC: OPAS, 2014. Disponível em: <<https://www.google.com/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#>> Acesso em: 01/05/2017.

SOUSA, V. D.; DRIESSMACK, M.; MENDES, I. A. Costa. Revisão dos desenhos de pesquisa relevância para enfermagem. Parte 1: Desenho de pesquisa quantitativa. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 15, n. 3, mai./jun. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt\\_v15n3a22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.pdf)> Acesso em: 29/04/2017.

## **INVESTIGAÇÃO DE RISCO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SUAS COMPLICAÇÕES EM ESTUDANTES DOS CURSOS TECNOLÓGICOS DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO NO ESTADO DE GOIÁS.**

**MULLER, Franck**<sup>1,2</sup>;  
 SILVESTRE, Marcela de Andrade<sup>2</sup>  
 PEREIRA, Sandra Valéria Martins<sup>3</sup>  
 MAMEDES, Geni; Isabela<sup>4</sup>  
 LIMA, Myllena Tavares<sup>4</sup>  
 VIEIRA, Nathany Cristine<sup>4</sup>  
 GONÇALVES. Rayssa Karoline Barbosa<sup>4</sup>

<sup>1</sup> **Relator.** Acadêmico do curso de Enfermagem. Centro Universitário de Anápolis- UNIEVANGÉLICA

<sup>2</sup> Professora adjunto do Centro Universitário de Anápolis. - UNIEVANGÉLICA  
[marcelasilvestre2@hotmail.com](mailto:marcelasilvestre2@hotmail.com)

<sup>3</sup> Professora Titular no Centro Universitário de Anápolis. - UNIEVANGÉLICA.  
[sandravaléria@unievangelica.edu.br](mailto:sandravaléria@unievangelica.edu.br).

<sup>4</sup> Acadêmico do curso de Enfermagem. Centro Universitário de Anápolis- UNIEVANGÉLICA

### **RESUMO**

Atualmente o Brasil como outros países em desenvolvimento passam por períodos de transição epidemiológica, demográfica e nutricional. Observa-se a globalização dos padrões de consumo, de maus hábitos alimentares e na vida diária. Nessa conjuntura, a curva de prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mostra-se em ascendência, acometendo a população dos países desenvolvidos, em desenvolvimento e não desenvolvidos. Este estudo constitui um relato de experiência sobre aplicação de um instrumento para levantamento de fatores de risco para DCNT e entre estudantes de cursos tecnológicos do Centro Universitário de Anápolis.

Palavras chaves: Hipertensão Arterial. Diabetes Mellitus. Riscos.

### **1 INTRODUÇÃO**

A vigilância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é importante ação de atenção básica à saúde, permitindo o perfil epidemiológico, seus fatores de risco e a tendência de complicações dessas doenças na população. A identificação de seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais ajuda no planejamento de enfermagem, norteador também planejamentos estratégicos em saúde públicas (MALTA et al., 2015).

Em 2013, a Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu durante Assembleia Mundial de Saúde, um plano global de ação para prevenção e controle das DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes, bem como a prevenção de fatores de risco modificáveis, como: uso de tabaco, dieta não saudável, inatividade física e uso nocivo de álcool (ALVES; NETO, 2015). No Brasil, antes desse plano da OMS algumas ações já vinham sendo implantadas, como: o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), em 2006, e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2011-2022, apresenta estratégias para redução desses fatores de risco (BRASIL, 2011; CLARO et al.; 2015).

Para efetivação desses planos e estratégias, torna-se necessária a reorganização do sistema de saúde com enfoque no usuário, tanto na facilitação do acesso aos serviços de saúde qualificados quanto às práticas de acolhimento, articulação intersetorial, dinamização das formas de controle social e de concretização da equidade, entre outras ações, no sentido de qualificar o cuidado sem descuidar das práticas de promoção e prevenção (RAUPP et al., 2015).

Frente aos altos índices de DCNT e as potencialidades do enfermeiro para intervir na prevenção dessas doenças e suas complicações, bem como na promoção à saúde da população. Os estudantes do período noturno foram considerados pessoas com risco para desenvolver DCNT, o objetivo da ação de investigação e educação em saúde desenvolvida pelos estagiários de Enfermagem foi realizar o levantamento de riscos para DCNT por parte de estudantes dos cursos tecnológicos do Centro Universitário de Anápolis, contribuindo assim para estimular o autocuidado e melhorar na qualidade de vida desses por meio de educação em saúde.

## **2 OBJETIVO**

O presente relato de experiência teve por objetivo descrever os fatores de risco para DCNTs encontrados em estudantes dos cursos tecnológicos do Centro Universitário de Anápolis.

## **3 METODOLOGIA**

Este relato de experiência diz respeito à uma ação desenvolvida durante o estágio supervisionado em investigação de saúde por estagiários de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis.

Foi aplicado um inquérito voltado para o levantamento do estado de saúde de estudantes e de risco de DCNTs. Foi realizada consulta de enfermagem nos participantes, ocasião em que foram investigados indicadores demográficos, socioeconômicos e culturais, levantamento da história pregressa, hábitos alimentares e de atividades físicas. Foi realizado exame físico para mensuração

de indicadores biofisiológicos: pressão arterial (PA), peso, estatura e cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC) e de glicemia.

Os estudantes foram abordados intencionalmente em salas de aula, onde receberam esclarecimentos sobre a ação, seus riscos e benefícios. Ao todo 19 estudantes aceitaram participar da ação: a) entrevista com anotação no instrumento de coleta de dados, b) avaliação da pressão arterial, IMC e se necessário avaliação dos níveis de glicose no sangue através do Hemoglucotest (HGT).

Todo o procedimento foi realizado sob supervisão da professora enfermeira responsável, . O participante sentado e protegido por biombo, respeitando sua integridade física, psicoemocional e privacidade.

Após a Consulta de Enfermagem passou-se a análise dos escores:  $\leq 28$  pontos, indicativo de alto risco,  $29 \geq 42$  pontos médio risco e respostas  $> 43$  pontos baixo risco. Após esta conclusão foram selecionadas as intervenções de enfermagem para os pacientes classificados como de médio ou alto risco, educação em saúde e se necessário encaminhamento para o ambulatório médico da instituição, bem como orientações por telefone e/ou mensagens de texto.

Após a avaliação dos escores foi realizada análise descritiva dos parâmetros obtidos para identificação da proporção de participantes classificados como baixo, médio e alto risco para DCNTs.

#### 4 RESULTADOS

Foi encontrado 5,2% de estudantes tabagistas, 36,8% etilistas e 73,6% se consideraram sedentários. Os fatores de risco modificáveis para DCNTs estão descritos na Tabela 1

Tabela 1: Distribuição dos fatores de risco modificáveis: Tabagismo, Etilismo e Sedentarismo em estudantes de cursos tecnológicos do Centro Universitário de Anápolis.

Indicadores de risco (n=19)	%
Tabagista	5,2
Etilista	36,8
Sedentário	73,6
Alimentação variada	10,5
Prato colorido	21,1
Costuma tirar gordura aparente das carnes	21,1

A análise de riscos mostrou que 5,2 % dos participantes foram classificados como de baixo risco para DCNTs, 73,6% como de médio risco e 21% como de alto risco.

Os 19 participantes receberam informações sobre seus resultados de risco e orientados sobre a importância de mudança de estilo de vida. Apenas dois deles foram encaminhados para o ambulatório médico central da instituição Contudo, não houve adesão à recomendação, pois nenhum deles procurou o serviço para o qual foi referenciado.

Todos os participantes foram orientados sobre os hábitos alimentares saudáveis, a importância da atividade física, o bom funcionamento do organismo e os malefícios do tabaco e do uso abusivo de álcool.

## **5 DISCUSSÃO**

Entre os fatores de risco encontrados, o mais prevalente é o sedentarismo (73,6%). Para promoção de saúde em adultos, o tempo mínimo de exercícios a serem realizados por semana é de 150 minutos, se aeróbicos moderados ou 75 minutos se exercícios em alta intensidade. Além disso, devem ser realizados exercícios de fortalecimento muscular, de flexibilidade e de equilíbrio (CHAVES; BALASSIANO; ARAUJO, 2016).

Apenas 10% dos participantes informaram consumir e 21% consideraram seu prato de comida colorido, o que demonstra o consumo inadequado de frutas e vegetais, que são alimentos que ornaram o prato colorido e a alimentação variada.

A falta de tempo está presente no cotidiano das pessoas, levando ao descuido de cidadãos para com a própria saúde, como: a alimentação inadequada e o sedentarismo. Estes fatores estão associados a incidência e a prevalência de DCNTs (FREITAG et al., 2015).

Os hábitos alimentares inadequados favoreceram o crescimento dos indicadores de excesso de peso e obesidade em consequência de modos de vida inadequados. Dados epidemiológicos evidenciam o aumento generalizado do problema independentemente do sexo em diferentes níveis socioeconômicos (OLIVEIRA et al., 2017).

O tabagismo e o estilismo foi encontrado, respectivamente em 5,2% e 36,8% dos participantes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que o tabagismo esteja associado à 70% dos cânceres de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e cerca de 10% das doenças do aparelho circulatório e que o consumo abusivo de álcool seja responsável por 2,3 milhões de mortes por ano, correspondendo a 3,8% de todas as mortes no mundo (MALTA et al., 2013).

O fato do participante com alto risco de DCNTs ter se negado a procurar o serviço médico para o qual foi referenciado pela equipe de estagiários demonstra falta de conhecimento e pouca sensibilidade sobre os fatores de risco para DCNTs e suas complicações.

Nesse sentido, estratégias com foco na educação em saúde juntamente como a valorização dos saberes das populares sobre as doenças crônicas e seu tratamento são fundamentais nas práticas

dos profissionais de saúde, pois o conhecimento da etiologia da doença na adesão ao tratamento permite o controle dos fatores de risco modificáveis (tabagismo, uso de álcool, sedentarismo, alimentação, entre outros), a prática do autocuidado na promoção da saúde e a prevenção de complicações desses agravos (ALVES, et al., 2016).

O enfrentamento e controle das DCNT tornaram-se prioridade em saúde pública no mundo. No Brasil, políticas públicas de saúde têm sido implementadas. Apesar de algumas deficiências, o Sistema Único de Saúde (SUS) têm alcançado resultados positivos por meio de programas e estratégias eficientes e de alcance da comunidade (CLARO et al., 2013).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos fatores de risco para DCNTs identificados nos estudantes do Programa de Jovens e Adultos (EJA) em Anápolis-GO, a alimentação inadequada e o sedentarismo foram os mais prevalentes, apontando a necessidade de desenvolvimento de ações educativas de promoção à saúde. Tornando uma grande necessidade de implantação de programas para divulgação de uma educação popular de saúde com abordagens dos temas para melhoria de hábitos de vida e alimentar nas escolas.

Ações para levantar questões relacionadas à nutrição e o esclarecimento sobre hábitos de alimentação saudável. Mudanças comportamentais para promoção de vida saudável em um mundo organizado de modo a favorecer hábitos de risco à saúde torna-se um grande desafio. Estratégias focadas exclusivamente no indivíduo não são suficientes para prevenção e controle de DCNTs. Assim, ações envolvendo acadêmicos e profissionais de diferentes áreas da saúde, propaganda/marketing e educação, produtores de alimentos, órgãos governamentais, indústrias de alimentos, além de outras, poderão ser mais eficazes na elaboração de programas de estímulo e apoio ao estilo de vida saudável e melhoria da qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ALVES, C. G.; NETO, O. L. M. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**. Goiás, v.20, n.3, p.641-654, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n3/pt\\_1413-8123-csc-20-03-00641.pdf](http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00641.pdf). Acesso em: 12 Abr. 2017.

ALVES, M. S. et al. Grupo Terapêutico com Idosos Sobre o Autocuidado nas Doenças Crônicas. **J Health Sci**. Bahia, v.18, n.1, p.48-51, 2016. Disponível em: <<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/viewFile/3515/3107>>. Acesso em: 24 Abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não



transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Disponível em < [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)>. Acesso em: 14 Abr. 2017.

CHAVES, T. O. de; BALASSIANO, D. H.; ARAUJO, C. G. S.de. INFLUÊNCIA DO HÁBITO DE EXERCÍCIO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NA FLEXIBILIDADE DE ADULTOS SEDENTÁRIOS. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo , v. 22, n. 4, p. 256-260, ago. 2016 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922016000400256&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922016000400256&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 16 mar. 2017.

CLARO, R. M. et al. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v.24, n.2, p.257-265, abr-jun., 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00257.pdf>>. Acesso em: 16 Abr. 2017.

FREITAG, A. F. et al. Excesso e distribuição de gordura corporal agravam o estado de saúde, podendo desenvolver DCNT (doenças crônicas não transmissíveis) em indivíduos com sobrepeso e obeso. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Paraná, v.20, n.203, abr., 2015. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd203/gordura-corporal-agrava-o-estado-de-saude.htm>. Acesso em: 26 Abr. 2017.

LEITE, M. T. et al. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. **J. res.: fundam. care. Online**. Rio Grande do Sul, v.7, n.2, p.2263-2276, abr/jun., 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/Myllena/Downloads/3597-24571-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Myllena/Downloads/3597-24571-2-PB%20(1).pdf). Acesso em: 15 Abr. 2017.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **REV BRAS EPIDEMIOLOGIA**.

MALTA, Deborah Carvalho et al . A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 18, supl. 2, p. 3-16, Dec. 2015 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2015000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 mai 2017.

OLIVEIRA, T. C. et al . Concepções sobre práticas alimentares em mulheres de camadas populares no Rio de Janeiro, RJ, Brasil: transformações e ressignificações. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 22, n. 65, p. 435-446, abr. 2017 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000200435&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200435&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: mai. 2017.

RAUPP, L. M. et al. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios\*. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.615-634, 2015. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00615.pdf>>. Acesso em: 16 Abr. 2017.