

## A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) DO PACIENTE COM DOENÇA DE PARKINSON

ROSA, Amanda Kalsovik.<sup>1</sup>  
ZANELLA, Renata.<sup>2</sup>

### RESUMO

O presente estudo, que teve como base bibliográfica artigos e livros, visou demonstrar de forma sucinta e de fácil compreensão, todos os componentes do sistema nervoso central e seu funcionamento com enfoque na interferência de uma patologia: a doença de Parkinson. Tem como objetivo levar conhecimento à profissionais da área da saúde, familiares, portadores da patologia e demais leitores. Referente à patologia, foi descrito sua definição, seus sinais e sintomas. A partir de tais dados, foi realizado um levantamento de diagnósticos de enfermagem presentes em pacientes com a enfermidade. Em seguida foram descritos cuidados de enfermagem, baseando-se em sinais e sintomas juntamente com os diagnósticos levantados anteriormente. Tais elementos foram desenvolvidos a fim de contribuir principalmente aos enfermeiros, para que após o diagnóstico médico, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) voltada aos cuidados específicos da patologia seja instituída precocemente levando a um tratamento adequado, auxiliando na melhora da qualidade de vida dos portadores da Doença de Parkinson e de seu convívio na sociedade, possibilitando assim atingir os resultados esperados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença de Parkinson; Patologia; Sistema Nervoso Central; Diagnóstico de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

### NURSING CARE SYSTEMATIZATION (NCS) OF THE PATIENT WITH PARKINSON 'S DISEASE

### ABSTRACT

This study had a bibliographic database from books and articles, aimed to demonstrate succinctly and easy to understand all the components of the central nervous system and its operation focusing on interference from a condition: the Parkinson's disease. It aims to bring knowledge to health professionals, families, Parkinson's carriers and others readers. In the first place were described its definition, its signs and symptoms of Parkinson's disease. From these data, we conducted a survey of nursing diagnostics present in patients with the disease. Then were described some nursing care, based on signs and symptoms along with the previously raised diagnoses. These elements have been developed in order to contribute mainly to nurses, so that after the medical diagnosis, the systematization of nursing care targeted to disease-specific care is instituted early leading to appropriate treatment, helping to improve the quality of life for Parkinson's carriers and their interaction in society, allowing achieve the expected results.

**KEYWORDS:** Parkinson's disease, pathology, central nervous system, nursing diagnostics, nursing care

## 1. INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson tem característica degenerativa do sistema nervoso central, principalmente dos neurônios dopaminérgicos presentes na substância negra. Segundo Cambier, Masson e Dehen (2005) a enfermidade afeta 1 a 2% da população após os 65 anos, pois o envelhecimento causa uma diminuição progressiva de neurônios, chegando apenas até 20% em relação ao nível inicial.

A síndrome parkinsoniana é dos mais frequentes distúrbios motores resultado da lesão do SNC. O quadro clínico é constituído basicamente por acinesia, rigidez, tremor e instabilidade postural (NITRINI, BACHESCHI, 2005).

Para tanto, foi realizado estudo aprofundado do funcionamento do sistema nervoso central visando melhor compreensão dos sinais e sintomas da doença de Parkinson e para melhor entendimento sobre o que esta ocorrendo naquele individuo portador da patologia, sabendo lidar e tratar tais sintomas visando à melhoria do convívio em coletividade.

Visto isso, é necessário o conhecimento básico do sistema nervoso central, tais como seus componentes e seu funcionamento (TORTORA, DERRICKSON, 2010), e principalmente, o funcionamento do sistema motor, seu funcionamento normal e com interferência de uma patologia, visto que a doença de Parkinson interfere diretamente com o adequado funcionamento deste sistema (CAMBIER, MASSON, DEHEN, 2005).

A falta de conhecimento sobre o funcionamento do sistema nervoso central tão pouco da doença de Parkinson implica no não atendimento humanizado, visto isso, para demonstrar a importância que existe em saber o que esta ocorrendo no corpo humano a fim de que se entenda o porquê de tal sintoma estar ocorrendo naquele momento, estão descrito os componentes do sistema nervoso central, seu funcionamento normal e com a interferência de uma patologia, em especifica a doença de Parkinson. Para elaborar diagnósticos de enfermagem visando à identificação de fatores de risco e sua prevenção, levando a uma melhoria do tratamento de pacientes com esta patologia, o presente estudo teve

<sup>1</sup>Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel - Pr. E-mail: manditakalsovik@hotmail.com

<sup>2</sup>Mestranda de Educação nas Ciências da Saúde da Faculdade Pequeno Príncipe. Especialista em Enfermagem e Saúde do Trabalhador e em Metodologia do Ensino Superior. Enfermeira. Docente da Faculdade Assis Gurgacz – FAG. E-mail: renatazanella@fag.edu.br

como objetivo correlacionar o sistema nervoso central com a doença de Parkinson, visando levar conhecimento aos leitores sobre seu funcionamento e, os sinais e sintomas específicos da patologia. Desta forma, quando o profissional Enfermeiro se deparar com um paciente com estes sinais, possa identificar os Diagnósticos de Enfermagem com mais antecedência, para que, então, seja proporcionado um melhor, mais humanizado e adequado tratamento.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO OU FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Fisiologia do sistema nervoso central de paciente com Doença de Parkinson

Conforme Doretto (2005, p. 3) “o encéfalo encontra-se no interior da caixa craniana, constituindo-se caudalmente com a medula espinhal, a qual esta contida no interior da coluna vertebral”.

Hemisférios cerebrais, o cerebelo, o mesencéfalo, a ponte e o bulbo compõem o encéfalo, onde as duas primeiras constituem a porção supra segmentar do SNC e as demais a porção segmentar (DORETTO, 2005).

Para Doretto (2005), o neuroeixo, outra denominação do SNC, é composta pelas substâncias cinzenta e branca. A primeira constituída de corpos celulares localiza-se na região central e a segunda que tem na composição as fibras mielinizadas encontra-se na periferia.

Segundo Nitrini e Bacheschi (2005) a substância negra possui conexões com os gânglios de base e caso aconteça à degeneração dos neurônios nigrais, o indivíduo terá dificuldade e lentidão dos movimentos.

Para Doretto (2005), o neurônio é uma célula nervosa responsável pelos impulsos elétricos e junto com as células da neuroglia constituem o tecido nervoso e são divididos em corpo celular e axônio. O corpo celular é constituído por um núcleo com vários prolongamentos curtos, chamados dendritos, e um longo, o axônio ou fibra nervosa. Este é responsável pela condução dos impulsos elétricos pelos botões terminais.

Ainda para mesmo autor, afirma que a transmissão do impulso elétrico do tipo facilitatória ou excitatória acontece a partir de uma onda de despolarização, na qual se inicia na membrana celular e a percorre por inteiro, chegando aos botões terminais. A essa altura ocorre a liberação do neurotransmissor, onde atravessa o micro espaço entre os dois neurônios, interagindo com a membrana do outro neurônio, propagando-se uma reação em cadeia: a sinapse.

A doença de Parkinson tem característica degenerativa do sistema nervoso central, principalmente dos neurônios dopaminérgicos presentes na substância negra. Segundo Cambier, Masson e Dehen (2005) a enfermidade afeta 1 a 2% da população após os 65 anos, pois o envelhecimento causa uma diminuição progressiva de neurônios, chegando apenas até 20% em relação ao nível inicial.

Conforme Nitrini e Bacheschi (2005) e Patten (2000) a síndrome parkinsoniana é o mais frequente distúrbio motor resultado da lesão do SNC. O quadro clínico é constituído basicamente por acinesia, rigidez, tremor e instabilidade postural.

Acinesia é a pobreza de movimentos e lentidão, caracterizando um indivíduo imóvel com expressão gestual reduzida e dificuldade em efetuar movimentos alternados rápidos, evidenciada pelo piscar raramente, lembrando a uma paralisia facial, com fala baixa, monótona, entre cortada por acelerações de difícil compreensão (CAMBIER, MASSON, DEHEN, 2005).

A rigidez (hipertonia plástica) é a resistência à movimentação passiva durante a execução do movimento, corroborada pela contração dos músculos (CAMBIER, MASSON, DEHEN, 2005).

O tremor é uma manifestação neurológica inicial, afetando os membros superiores caracterizados por movimentos de pronossupinação do antebraço, de flexão – extensão dos dedos das mãos e de adução – abdução do polegar (CAMBIER, MASSON, DEHEN, 2005).

A instabilidade postural frequente num estágio mais avançado da doença causa uma ligeira flexão do pescoço, do tronco e dos membros, notando-se uma postura inclinada para frente, levando a uma marcha deteriorada com pequenos passos e ocasionais acelerações ou bloqueios (CAMBIER, MASSON, DEHEN, 2005).

A patologia é decorrente de fatores genéticos e ambientais. Embora não haja estudos que comprovem a sua hereditariedade, ela é mais encontrada em famílias de um individuo acometido. Em relação a fatores ambientais há suspeitas de que pesticidas, herbicidas e substâncias utilizadas na indústria possam influenciar no aparecimento da doença, apesar de não ser comprovada esta tese (CAMBIER, MASSON, DEHEN, 2005).

### 2.2 História da enfermagem

Segundo Padilha (2011), os povos primitivos acreditavam em forças sobrenaturais, crendo no sol, vento, chuva, trovão e relâmpago, tendo como finalidade a explicação para nascimento, doenças e morte. Existiam feiticeiros e

sacerdotes que podiam se comunicar com forças sobrenaturais e eram realizados sepultamentos com oferendas, que nos leva a acreditar que já naquela época acreditava-se em vida após a morte.

Antigamente o modelo de assistência de enfermagem era de caráter central em sua execução de tarefas na qual seus procedimentos deveriam ser rápidos e eficientes, regidos de uma disciplina rígida. No século XIX, criada por Florence Nightingale, na Inglaterra, surgindo mais adiante no Brasil, no século XX (GEOVANINI et. al, 2010).

Segundo Giovanini et.al. (2010), o desenvolvimento das práticas de saúde é relacionada com estruturas sociais de diversas nações e épocas. Essa diversidade traz consigo características próprias que envolvem filosofia, economia, ideologia, política e leis. Surgindo nas cavilações do Oriente e do Ocidente, influenciadas por diversas correntes religiosas, cada uma com suas crenças e modos de tratamento.

De acordo com Geovanni et. al (2010), o desenvolvimento das práticas em saúde foi subdividido em:

- As práticas de saúde instintivas: definida pelo cuidar nos grupos nômades primitivos.
- As práticas de saúde mágico-sacerdotais: relação mística entre as práticas religiosas e de saúde primitivas.
- As práticas de saúde no alvorecer da ciência: caracterizada pela evolução das práticas de saúde ao surgimento da filosofia e ao progresso da ciência.
- As práticas de saúde monástico-medievais: definida pela relação dos fatores socioeconômicos e políticos do medievo e da sociedade feudal nas práticas de saúde e as relações destas com o cristianismo.
- As práticas de saúde pós-monásticas: relacionada pela evolução das práticas de saúde da Enfermagem no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante.
- As práticas de saúde no mundo moderno: analisa as práticas de saúde da Enfermagem sob a ótica do sistema político-econômico da sociedade capitalista e ressalta o surgimento da Enfermagem como prática profissional institucionalizada.

De acordo com Geovanini et. al (2010) a Enfermagem no Brasil está subdividida em três fases principais:

- A organização da Enfermagem na sociedade brasileira;
- O desenvolvimento da educação em Enfermagem no Brasil;
- A enfermagem no Brasil moderno.

A organização da Enfermagem na sociedade brasileira compreende na organização da enfermagem na formação da sociedade brasileira, do período colonial ao fim do século XIX.

Neste período, as ações em saúde eram vinculadas a rituais místicos, realizadas por pajés e feiticeiros em tribos, e as práticas domésticas eram desenvolvidas por índias para cuidado de velhos, crianças e enfermos (GEOVANINI et. al, 2010).

Para o mesmo autor, com a chegada dos imigrantes negros e europeus, algumas doenças chegaram junto, ocorrendo epidemias de tuberculose, febre amarela, lepra, varíola e malária. Pela escassez de profissionais, a proliferação de curandeiros e a arte de curar nas mãos de leigos foram estabelecidas. Contudo, o conhecimento empírico trazido por navegantes, colonos e missionários serviu de base à medicina brasileira.

A primeira forma de assistência após colonização foi estabelecida por padres jesuítas em enfermarias próximos a colégios e conventos, que mais adiante seria também realizada por voluntários e escravos nas Santas Casas de Misericórdia, a partir de 1543.

Em 12 de maio de 1820, em Florença na Itália, nasce Florence Nightingale, que em 1845 decidiu ingressar em um hospital a fim de se tornar uma enfermeira. Em 1854, com o início da guerra da Crimeia, Nightingale recrutou trinta e oito mulheres, partindo ao campo de batalha para prestar assistência de enfermagem. Quando o grupo de enfermeiras chegou lá, perceberam que as enfermarias eram imundas e cheias de parasitas, assim, foram encarregadas para cuidar de mais de 1500 feridos em condições precárias de atendimento (PADILHA, BORENSTEIN, SANTOS, 2011).

Para Santos et.al (2011), para melhoria das enfermarias, miss Nightingale providenciou colchões forrados de palha, limpeza das mesmas, solicitou lençóis, instalou uma cozinha auxiliar e uma lavanderia para o hospital, conhecido pela alcunha Barrack. No fim do dia, quando todos os profissionais haviam se recolhido, miss Nightingale, na escuridão, fazia sua ronda com uma pequena lâmpada que clareava o seu caminho. Esta atitude realizada todas as noites fez com que ela se destacasse. Até os dias de hoje a lâmpada é o símbolo da enfermagem.

Miss Nightingale revolucionou o estado de higiene dos hospitais, reduzindo a mortalidade de 40% para 2% em apenas dois meses. Em 1856 houve o fim da guerra da Crimeia e em nove de julho de 1860, Florence criou a primeira escola de enfermagem do hospital St. Thomas, em Londres. No ano de 1897, em toda a Inglaterra foi proibido o emprego de enfermeiros sem qualificação.

Para Geovanini et. al (2010) o desenvolvimento da educação em Enfermagem no Brasil, que se inicia no final do século XIX até o começo da II Guerra Mundial e caracterizada pelo desenvolvimento da educação em Enfermagem, de acordo com o movimento da secularização da atenção de saúde, com influência internacional que marcou esse período, bem como as vertences político-econômicas determinantes do processo de mudança profissional.

A partir do momento em que doenças infectocontagiosas são trazidas por escravos e europeus e crises de epidemias são registradas, a saúde no Brasil passa a ser um problema econômico-social, pois interferia no comércio

exterior. Visto então a grande necessidade de uma intervenção, já que o Brasil sofria uma grande pressão externa, sendo necessário que o governo assumisse a assistência à saúde (GEOVANINI et. al, 2010).

Para mesmo autor, em 27 de setembro de 1890, foi criada pelo governo a primeira escola de Enfermagem brasileira, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, hoje denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencendo a UNIRIO. Sua duração era de dois anos, e embora fosse necessária a formação de pessoal na área de saúde pública, o curso abordava a assistência hospitalar básica, sendo ministrada inicialmente por médicos.

Com o início da I Guerra Mundial (1914), a Cruz Vermelha Brasileira começa a preparar voluntários para o trabalho de Enfermagem, que proporcionou uma grande ascensão na área de educação profissional e de saúde pública. A partir de então, a Fundação Rockefeller junto a enfermeiras americanas colocam o projeto de organização do serviço de Enfermagem de Saúde Pública no Brasil (GEOVANINI et. al, 2010).

Em meados de 1923, surge no Brasil à primeira escola baseada no modelo *nightingaleano* trazido pelas enfermeiras norte-americanas, a Escola de Enfermagem Anna Nery. A escola exigia de sua candidata um nível mais apurado de escolaridade, que proporcionou um novo modelo de Enfermagem profissional, a divisão social do trabalho, considerando suas enfermeiras como padrão durante muito tempo. Visto isso, uma lei foi criada, o decreto 20.109 de 15 de junho de 1931, que exigia os padrões da Escola Anna Nery nas demais escolas de Enfermagem. Em 1926 foi fundado a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomatas Brasileiras, hoje Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), registrado juridicamente em 1928 e filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem em 1929 (GEOVANINI et. al, 2010).

Já em 1931 houve a instalação do Ministério da Educação e Saúde, responsável pela problemática educacional, cultural e de saúde pública, junto à criação do Ministério, novas escolas eram fundadas, muitas delas por congregações religiosas, com irmãs de caridade sem preparo específico. Contudo, em 1973, foi criado o Conselho Federal de Enfermagem, que tem como função disciplinar o exercício de Enfermagem (GEOVANINI et. al, 2010).

Segundo Geovanini et. al (2010), neste período, a Enfermagem era voltada prioritariamente para a área de ensino e de saúde pública, enquanto nos hospitais a prática era leiga, realizada por religiosas. A Enfermagem no Brasil Moderno, iniciada com a II Guerra Mundial (1938) estendendo-se até a atualidade, focaliza a profissionalização da Enfermagem no processo brasileiro de acumulação capitalista.

Entre a década de 30 e 60, a falta de infraestrutura urbana e precariedade dos serviços junto com altos custos de vida, contribuíram para a deterioração da vida e saúde da população, sendo necessária uma série de medidas. Neste período a Enfermagem é encontrada concentrada em hospitais (GEOVANINI et. al, 2010).

De acordo com Geovanini et. al (2010), na década de 50 houve a reorganização da Previdência Social, que reforçou a política médico-hospitalar exigida pelos trabalhadores. Houve o processo de privatização do setor público que favoreceu grandes vantagens para empresas médicas, com criação de convênios para atendimentos de seus funcionários.

Com a diversidade de várias categorias como atendentes, auxiliares, técnicos e enfermeiros, a divisão de trabalho foi instituída, porém seu reconhecimento social dificultou, já que os usuários dos serviços não sabem dessa divisão hierárquica. De um lado muitos se titulam enfermeiros e do outro lado, enfermeiros que desprestigiam a classe. Pois muitos são os motivos para agir deste modo, visto que sua maioria é composta por mulheres de classe média baixa e classe trabalhadora, submetidas a um regime de trabalho duplo com o mínimo de retorno salarial, levando aos investidores o aumento progressivo de lucros (GEOVANINI et. al, 2010).

Segundo o mesmo autor, na década de 70 a 80 ocorreram transformações na estrutura social do país. A pós-graduação teve uma atenção maior, trazendo qualificação aos enfermeiros, ouve também um aumento na produção científica em Enfermagem.

Na década de 80, foi aprovada a Lei 7.498 em julho de 1986 que regulamentava o exercício profissional, reconhecendo as categorias de enfermeiro, técnico, auxiliar e parteira.

### 2.3 O acolhimento

Para entendermos o significado de acolhimento devemos compreender o termo “acolhimento”, que significa acolher, admitir, aceitar, dar crédito, dar acolhida, agasalhar, etc. Contudo expressa uma aproximação, inclusão, pois o acolhimento tem relevância política, ética e estética. A política insinua compromisso coletivo, já a ética faz referencia ao compromisso com o reconhecimento do outro, baseado na atitude de recebê-lo em suas dores, sentidos, alegrias, modos de vida, já a estética refere-se à parte de planejamento de estratégias e encontros contribuindo para a dignificação da vida e do viver (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), falar de humanização é referir-se na produção de saúde. Acolhimento engloba uma ação voluntária de benevolência em prol de profissionais que recebem administrativamente e proporcionando um ambiente confortável, refere-se também a uma seleção de indivíduos que irão receber atendimento pelo serviço naquele momento.



Para que este processo seja imposto adequadamente e com é necessário preencher as lacunas existentes entre o acesso de como o usuário é acolhido, pois é necessário adaptar princípios aprovados para novas formas de operar o trabalho da atenção e gestão em saúde. É necessário acesso a unidade e serviços, acesso de qualidade, continuidade do serviço e participação em projetos terapêuticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), o acolhimento é trazido como uma medida que analisa e revisa as práticas de gerenciamento nas unidades do SUS, pois na área da saúde é entendido como métodos de se produzir saúde, construir vínculos, garantia de acesso com responsabilidade. Visto isto, o “Humaniza SUS” foi criado com esta finalidade, a de criar um vínculo com a população, garantindo o acesso a todos os serviços de saúde. Contudo, lançando estes métodos e estratégias pode-se potencializar a atenção humanizada.

Também é um instrumento de intervenção que analisa o processo de trabalho em saúde relacionando profissional/usuário/rede social e profissional/profissional utilizando como base formas técnicas, éticas, solidários e humanitários visando o usuário como participante ativo. O acolhimento é uma postura ética que não especifica seu profissional, mas compete saberes, invenções e angustias que abriga, acolhe sua demanda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Ainda referente a acolhimento, no qual é presente em todas as inclusões e encontros que fazemos na vida faz que seja percebido que tal pratica esta a cada dia mais difícil de realizar, a partir disso é necessário que se reative a capacidade de cuidar e estar atento para acolher. Afim deste proposito, levamos em conta o coletivo como produção da vida, o cotidiano como reprodução e indissociabilidade relacionando o produzir de se viver, trabalhar, estado de saúde e sentir (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), o acolhimento no SUS, acumula uma extensa experiência em inúmeros programas de saúde do SUS, tanto positivos como negativos. Apesar dos diversos significados de “acolhimento” na área da saúde refere-se à recepção administrativa e ambiente confortável ou triagem e repasse de encaminhamentos.

Tais etapas já citadas anteriormente são de suma importância, porem devem ser realizadas em conjunto, já que isoladamente levam a uma falha do projeto proposto de acolhimento humanizado. Ainda hoje isto é visto em muitos serviços, evidenciados por filas geradas nas madrugada frente a postos de atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A proposta do Ministério da Saúde (2010), para a melhoria deste sistema seria a parceria de outros programas sendo um recurso de suma importância para a humanização. Entretanto, é necessário não delimitar o acolhimento em relação à demanda espontânea, e sim tratado como algo que qualifica a relação.

## 2.4 Contextualizações da sistematização da assistência de enfermagem (SAE)

Para Almeida et. al (2011), é considerado um instrumento ou modelo utilizado para favorecer o cuidado quanto à organização e condições para que aconteça a assistência. De 1950 a 1970 o processo de enfermagem era composto por quatro fases: coleta de dados, planejamento, implementação e avaliação. Entre 1970 e 1990, foi incluído mais uma fase, o diagnóstico de enfermagem (DE), resultando em cinco fases neste processo.

Primeiro passo é a investigação, coleta de dados ou histórico de enfermagem, que consiste no levantamento de dados para identificação de possíveis problemas. Segundo passo, o diagnóstico de enfermagem que é definida pela identificação dos problemas, das necessidades que resultam em um atendimento. Pensando nisso, ao se identificar à problemática, parte-se para o terceiro passo, o plano assistencial, planejamento ou prescrição de enfermagem que se define pelo planejamento de atividades a serem executadas pelo enfermeiro em conjunto com sua equipe, compreende desde uma orientação à execução de cuidados que deverão ser realizados, serão metas a ser cumpridas (LEFEVRE, 2005).

Seguindo, se passa ao quarto passo, a implementação de enfermagem, definida pela execução da assistência de enfermagem criada no terceiro passo, que é nada mais de um roteiro de cuidados a serem realizados em determinado período ou diariamente. E seguida inicia-se o quinto passo, a avaliação de enfermagem, caracterizada por relatos diários de assistência prestada, a partir destes dados é possível notar se o paciente esta progredindo ou regredindo (LEFEVRE, 2005).

Segundo Lefevre (2005) os benefícios do processo de enfermagem são nítidos, pois ela complementa outras disciplinas, abrangendo não só problemas médicos, mas também a resposta da pessoa, agilizar diagnósticos e trata problemas identificados, cria um plano de assistência eficaz, elabora intervenções específicas para cada individuo, dentre outros. Contudo, a enfermeira tem como objetivo enxergar o paciente como um todo, assegurando que as intervenções sejam feitas para o individuo e não apenas focando na doença, levando a uma assistência de sucesso.

Na atualidade, o processo de enfermagem partiu de um modelo linear para um modelo dinâmico, no qual antes se seguia um padrão, hoje são adaptados planos padronizados, isso faz com que as enfermeiras mostrem que seus cuidados trazem bons resultados durante o tratamento e com baixos custos (metas) (LEFEVRE, 2005).

Para tal adaptação ao modelo na atualidade foi observado, que para todo este processo ocorrer de forma efetiva e de qualidade foi necessário adaptação, busca de métodos que auxiliem no dia a dia, ao que é visto a tecnologia esta ainda mais presente na área da saúde, nesse contexto, constata-se que os enfermeiros têm buscado conhecimentos da informática como ferramenta para trazer qualidade no gerenciamento do cuidado (ALMEIDA et. al, 2011).

## 2.5 Contextualização do cuidado

Conforme Santos (2011), na época medieval, o cuidado era realizado com base em rituais, orações, penitência e invocações de santos, na busca da cura de doenças. Na Idade Média, eram realizados procedimentos como a sangria, purgatório, emética e clisteres para se manter a proporção exata dos humores (sangue, fleugma ou pituita, bili amarela e negra). Ainda na Idade Média era possível encontrar a prática de bruxaria, e visto isso, muitas mulheres foram queimadas vivas em fogueiras em praças das cidades acusadas de terem poderes mágicos sobre a saúde, isso tudo porque cuidavam do povo pobre e doente e participavam de partos.

Nesta mesma época e durante muito tempo o cuidado era prestado por homens, visto que era impróprio para mulheres cuidarem de homens que não eram parentes próximos. Porém com o passar do tempo à prática do cuidado foi igualado em ambos os gêneros, a Ordem das Irmãs Agostinas, considerada a mais antiga, praticava a enfermagem, porém não podiam prestar assistência que envolvia os órgãos genitais e masculinos e femininos como exames ginecológicos, enemas em homens, partos, trocar fraldas de meninos (PADILHA, BORENSTEIN, SANTOS, 2011).

Santa Hildegarda, foi essencial na Idade Média com sua contribuição de conhecimento de ciência, enfermagem e medicina, usando a terapêutica de ingestão de água e banho frequente. Em meados do século XIII atividades médicas foram proibidas em mosteiros, passando o conhecimento para universidades leigas. Contudo, no século XIV, houve o surgimento da peste negra, trazendo grandes problemas de saúde na Europa, e no final houve um número muito alto de miseráveis doentes. Até o século XVIII os hospitais funcionavam como hospedarias para doentes e mendigos, chegaram ao Brasil os primeiros médicos, logo em seguida, em 1543 foi construída a primeira Casa de Misericórdia, em Santos (SP). No entanto, o cuidado era vinculado a rituais realizadas em tribos, inicialmente prestadas por religiosos (PADILHA, BORENSTEIN, SANTOS, 2011).

## 3. METODOLOGIA

O presente artigo constitui-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem bibliográfica e de corte longitudinal, tendo como base científica livros e artigos encontrados em banco de dados científicos dos últimos quinze anos, sendo que a pesquisa foi realizada na cidade de Cascavel – PR. Na biblioteca da Instituição de Ensino Faculdade Assis Gurgacz – FAG.

Para atender aos objetivos específicos, a coleta de dados foi desenvolvida em três etapas: (1) seleção de literatura clássica e artigos científicos dos últimos 15 anos, presentes na internet, para a obtenção de resultados sobre o assunto; (2) análise do material bibliográfico que preenchem o objetivo do referido estudo (3) compilação dos dados obtidos por via dos métodos supracitados a fim de relatar e comparar com o descrito na literatura, obtendo assim melhor conhecimento sobre o tema proposto.

## 4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

Segundo Chaves (2009 *apud* ZANARDO, ZANARDO, KAEFER, 2011), a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma prática de planejamento, execução e avaliação do cuidado, de grande importância ao trabalho do enfermeiro.

De acordo com o Cofen (2002), tal processo é uma atividade privativa do enfermeiro, onde o mesmo utiliza um método e uma estratégia de trabalho científico para identificar situações de saúde/doença, auxiliando nas ações de assistência de enfermagem a fim de contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

A elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma das formas que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos na assistência ao cliente e caracterizar sua prática profissional (DARLI, 2002 *apud* ZANARDO, ZANARDO, KAEFER, 2011).

Conforme Barros e Chiesa (2007, *apud* ZANARDO, ZANARDO, KAEFER, 2011), a SAE possibilita que o enfermeiro exerça a arte de cuidar levando em conta um atendimento individualizado, planejado e analisando o histórico do paciente com olhar integral, realizando-se exame físico, para um possível diagnóstico e assim conduzir a um cuidado integral, individualizado e humanizado para cada ser humano.

Neste sentido o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) coloca que para o enfermeiro desenvolver a SAE ele necessita realizar a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que abrange as seguintes etapas: histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem. Devendo ocorrer em toda instituição de saúde pública e privada, e registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário assistido (Resolução COFEN-272/2002).

Entretanto, este artigo aborda somente os principais diagnósticos de enfermagem e a implementação da assistência de enfermagem voltada à doença, porém, deve-se levar em consideração que cada paciente possui suas individualidades e necessidades humanas básicas (alteradas), e que o enfermeiro deve leva-las em conta no momento da avaliação e implementação das ações, tornando este artigo como base para a realização de um atendimento humanizado a partir do diagnóstico da doença (realizado pelo médico), porém sendo necessária a visualização da integralidade de cada paciente pelo enfermeiro.

#### 4.1 Diagnósticos de Enfermagem (DE)

Conforme Lopes, Araújo e Rodrigues (1999, *apud* SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010), a classificação dos diagnósticos de enfermagem é realizada com base na sistematização a assistência de enfermagem, sendo utilizada a NANDA um instrumento, o qual é identificado os diagnósticos e em seguida organizados conforme suas prioridades. Quando se leva em conta o específico, como a doença de Parkinson, isso permite para o enfermeiro identifique os problemas e assim levando a uma avaliação e auxílio no processo degenerativo causado por tal patologia.

##### *Promoção da Saúde: percepção da saúde e controle da saúde*

Ainda segundo os mesmos autores, os principais diagnósticos de enfermagem, encontrados foram: autonegligência e manutenção ineficaz da saúde como necessidades humanas básicas afetadas.

O DE: Autonegligência relacionado a prejuízo cognitivo, caracterizado por higiene oral inadequada, foi destacado, pois de acordo com Gibbons, Lauder e Ludwik (2006 *apud* NANDA, 2014), “autonegligência é o conjunto de comportamentos culturalmente estruturados que envolvem uma ou mais atividades de autocuidado, em que há falha em manter um padrão de saúde e bem estar socialmente aceito”.

O olhar crítico do enfermeiro sobre o paciente faz com que a identificação da condição de autonegligência seja evidenciada, a partir de então ele auxilia, orienta e esclarece tais benefícios proporcionados pelo autocuidado.

O DE: Manutenção ineficaz da saúde relacionada a enfrentamento individual ineficaz, caracterizada pela falta de conhecimento de práticas básicas de saúde e prejuízos de sistemas de apoio pessoais. Este diagnóstico compreende a incapacidade de controlar e/ou buscar ajuda para manter a saúde (NANDA, 2014).

Segundo Smeltzer e Bare (2005, *apud* SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010), o enfermeiro possui todo o conhecimento para orientar seu cliente referente à sua patologia, tal ação leva ao cliente um entendimento sobre o que esta ocorrendo, levando a uma capacidade de julgamento sobre as ações prescritas, contudo, ter o conhecimento dos benefícios do tratamento.

O controle ineficaz da saúde esta ligada a necessidade de orientação adequada quanto a boas práticas de higiene pessoal, sendo evidenciado por meio da ausência de higiene oral, levando a malefícios à qualidade de vida. Para contribuir com melhores condições de vida ao idoso, é necessário que a enfermagem agregue conhecimentos específicos da terceira idade (SANTOS et al., 2008, *apud* SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010).

##### *Percepção e Cognição*

Segundo NANDA (2014), “percepção sensorial perturbada como mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos”.

O DE: Percepção sensorial olfativa e gustativa perturbada relacionada a ausência de higiene oral caracterizada por perda do olfato e sabor dos alimentos levando à inapetência.

A deposição de matéria orgânica na língua e aumentando a predisposição à doença periodontal (TARZIA, 1991 *apud* SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010).

De acordo com NANDA (2014) “a cognição é uso de memória, aprendizagem, pensamento, resolução de problemas, abstração, julgamento, discernimento, capacidade intelectual, cálculo e linguagem”.

O DE: Memória prejudicada relacionada à doença de Parkinson, caracterizada pela incapacidade de recordar eventos, bem como datas e outras informações.

Gonçalves, Alvarez e Arruda (2007, *apud* SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010), citam que o lobo frontal do cérebro é responsável pelo campo da memória, sofrendo alterações na sua função na doença de Parkinson. Todo esse processo ocorre devido à degeneração de células nervosas da camada ventral da parte compacta da substância negra.

Levando a uma diminuição na produção de dopamina, reduzindo assim a capacidade cognitiva e de julgamento do sujeito.

O modo que se lida com os eventos e processos de mudança da vida, relacionados à idade e à doença de Parkinson determinam o seu processo de saúde-doença. Para se driblar as dificuldades, é necessário abrir mão de atitudes, práticas que faziam parte de seu dia a dia, ocorre também muitas vezes um estreitamento de laços familiares (SANTOS et al., 2008 *apud* SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010).

Diante disso, o mesmo autor refere à importância e ressalta que a família é um fator fundamental de apoio ao portador da doença, sendo que a formação de um vínculo favorece a maior qualidade de vida. Diante desta nova etapa, uma nova realidade que não deixa de ser uma experiência desconhecida, é fundamental por parte da família a orientação prévia, esclarecendo dúvidas e amenizando a ansiedade.

DE: enfrentamento familiar comprometido relacionado à doença de Parkinson, caracterizada por relato de abandono dos filhos; síndrome do estresse por mudança relacionado à falta de aconselhamento anterior à mudança para a instituição de longa permanência, caracterizada por comportamentos de frustração, insegurança, isolamento, medo, perda da autovalorização, raiva e verbalização da falta da família; e pesar complicado relacionado à falta de apoio familiar caracterizado por verbalização de raiva, saudade e separação dos filhos.

A presença da família no processo de cuidar ameniza a condição limitante do idoso em seu processo degenerativo. Porém, quando não orientados de forma correta pelas instituições de serviços de saúde a condição de desgaste físico e emocional é inevitável, sendo um fator agravante ao sujeito passivo aos cuidados. Contudo o maior desafio para os profissionais é de amenizar as dificuldades encontradas pelos familiares que se desesperam ao se depararem com uma nova condição de vida, que com o passar do tempo, modificam-se e adaptam-se (PETERNELLA, MARCON, 2009 *apud* SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010).

“É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à cultura, ao esporte, ao lazer, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003, p.1)”.

### *Conforto físico*

De acordo com NANDA (2014) “dor crônica é a experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com uma duração de mais de seis meses”.

Então, acrescentou-se: dor crônica em membros inferiores relacionada a tremores de repouso e rigidez muscular pós-estresse, caracterizada por relato verbal de dor, expressão facial e irritabilidade.

Situações de estresse que levam a irritabilidade requerem maior trabalho músculo-esquelético, gerando a condição de fadiga e rigidez muscular. O processo desencadeia a sensação de dor, causando desconforto para o indivíduo. Usando de medidas profiláticas para estes sintomas é importante que o enfermeiro identifique os fatores desencadeantes da dor e atue diretamente na sua prevenção (SMELTZER, BARE, 2005 *apud* SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010).

Conforme Pedrosa e Celich (2006, *apud* SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010), a sensação de dor é uma experiência desconfortável e requer intervenção imediata e suas características como início, local, intensidade, irradiação, periodicidade, duração, tipo de dor e fatores desencadeantes devem ser analisadas e avaliadas pelo enfermeiro, para a promoção de conforto ao paciente. A dor provoca além de desconforto físico, mas também desencadeia reações comportamentais e fisiológicas, afetando os diversos sistemas orgânicos como músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório e neurológico, levando a diversos sinais e sintomas, como dor, inquietação, reação de defesa, insônia, sudorese, palidez, irritabilidade, taquipnéia, taquicardia, hipertensão arterial, anorexia, apatia e outros. Torna-se necessário e de extrema importância que o enfermeiro busque meios de identificar a sensação de dor no paciente, para que então se promova o alívio da mesma e impeça o desequilíbrio comportamental e fisiológico do mesmo.

De acordo com NANDA (2014, p. 263) mobilidade física é definida por “limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades”.

D.E.: Mobilidade física prejudicada relacionada ao controle muscular diminuído, prejuízos neuromusculares evidenciados por capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas, movimentos descontrolados, movimentos não coordenados e mudança na marcha.

### 4.2 Cuidados de Enfermagem



Conforme Frank e Soares (2002, *apud* SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010), a implementação da higienização oral na tentativa de melhorar a captação de estímulos gustativos, favorece o aumento do apetite, diminui a incidência de extração dentária total e aumenta a capacidade de absorção dos nutrientes, sugerem também um plano aceitável de alimentação e de atividade física, como intervenções que aliviarão ou adiarão a progressão da doença crônica.

A fim de amenizar a ansiedade e estresse é importante que o enfermeiro atue diretamente no aconselhamento inicial e como mediador no processo de aceitação e implementação do plano terapêutico, levando a um alcance de metas pré-estabelecidas para melhoria do convívio social (FRANK e SOARES, 2002, *apud* SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010).

De acordo com Alfaro-Lefevre (2005, *apud* SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010), as necessidades devem ser identificadas precocemente para que as intervenções sejam direcionadas às necessidades atuais, reduzindo o risco de evolução dos problemas encontrados.

As alterações geradas pelos agentes estressores levam a um mecanismo compensatório que regula tal desordem orgânica gerada no sujeito, levando-o a uma adaptação de sua nova condição. A família também passa por um processo de adaptação, a qual requer disponibilização, coparticipação, habilidades de comunicação, respeito mútuo e recursos necessários a adaptação aos estressores. Ambos apresentam suas peculiaridades e limitações que se revelam através da adaptação e enfrentamento da condição de doença do idoso (HERBER, 1990, FOX, 1991 *apud* SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010).

Segundo Smeltzer e Bare (2005, *apud* SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010):

“Destacam que a doença de Parkinson é caracterizada pela diminuição da síntese de dopamina, manifestando-se quando ocorre o desequilíbrio na taxa dos neurotransmissores excitatórios (acetilcolina) e inibitórios (dopamina). Em parkinsonianos esta diminuição progressiva de dopamina gera a condição excitatória, caracterizada por movimentos hiperclônus. Portanto, quando o paciente é submetido a situações de estresse, os tremores se mostram mais efetivos, desencadeando estado geral de fadiga muscular. Na busca da homeostase o organismo desencadeia reações compensatórias a fim de amenizar as reações hiperclônicas.”

Outro cuidado, não tão menos importante é a orientação e execução de atividades que reforcem a memória do doente, como por exemplo, a estimulação por meio de jogos de memória, participação de atividades de grupo, leitura de calendário, diálogo, contar histórias que faça a paciente recordar datas e eventos, pois se sabe que as alterações geradas pela degeneração neurológica afetam diretamente o centro da memória. Com o processo de envelhecimento as informações recentes, armazenadas por meio da memória episódica, tem maior dificuldade de serem armazenadas, e informações de longo prazo, armazenadas por meio da memória semântica, são facilmente resgatadas em idosos. Para se estimular o raciocínio podem ser utilizados jogos de xadrez, diálogo, memorizar listas, números, datas e outros (YASSUDA, 2002 *apud* SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010).

Smeltzer e Bare (2005, *apud* SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010), relatam que além das alterações motoras conhecidas na doença de Parkinson, alguns outros sintomas aparecem na patologia, como depressão, ansiedade, alucinações, ilusões, psicose, perda de peso, transtornos do sono, disfunção autonômica e sexual, apatia e demência. Sabendo que a demência agrava o quadro clínico, a mesma leva a alterações psíquicas e podendo levar a morte. Nesta patologia a prevalência da demência em idosos é de cerca de 25% a 40%.

A falta de informações sobre o cuidado adequado e sobre o conhecimento da fisiopatologia da doença de Parkinson pelos familiares gera condutas inadequadas e conflitos na relação família/paciente, levando ao portador da doença a sua não autonomia caracterizando uma insatisfação, sentimento de frustração, incapacidade e autodesvalorização.

De acordo com Zimermam (2005 *apud* SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010), Parkinson é uma enfermidade que atinge o sistema nervoso central que se manifesta de forma inesperada, acarretando em restrições de atividades, há uma forte resistência familiar e da sociedade, que enxergam o idoso como um ser incapaz.

Já Peternella e Marcon (2009 *apud* SOUZA, ALVES, PASSOS, 2010), complementam esta situação com o desgaste físico e emocional dos familiares envolvidos no cuidado do idoso com a patologia de Parkinson, levando a ausência de um preparo adequado dos mesmos, uma vez que os serviços de saúde ainda enfatizam a abordagem curativa.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo teve como objetivos identificar os principais diagnósticos de enfermagem e os cuidados necessários para um paciente portador da Doença de Parkinson. Sendo abordada uma dinâmica de fácil compreensão para os leitores, iniciando com a definição do sistema nervoso central, seus componentes, seu funcionamento e com a interferência de uma patologia, com enfoque na doença de Parkinson, por ser uma doença degenerativa do SNC.

Contudo, abordada sua fisiopatologia, suas características, seus sinais e sintomas mais comuns, a fim de desenvolver diagnósticos de enfermagem e prescrever os cuidados necessários para auxiliar na melhora de vida e

convívio em sociedade. Buscando sempre levar em conta o indivíduo como um ser único o qual necessita de cuidados especiais para cada particularidade.

Cada cliente possui sua característica individual, e o profissional enfermeiro deve possuir um olhar geral sobre ele, sendo também humanista e holística. A partir deste ponto, observar suas necessidades, avaliar, estipular soluções, implementar e orientar, a fim de todo esse conjunto de ações visarem à melhora na qualidade de vida do cliente, amenizando seus sinais e sintomas, auxiliando na auto aceitação e aceitação da família e comunidade.

A partir do conhecimento estabelecido pela pesquisa, foi buscado repassar tais conhecimentos aos demais leitores, para demonstrar a grande importância que se tem em conhecer e entender todo o funcionamento do sistema nervoso central para então compreender o porquê dos sinais e sintomas estejam ocorrendo no organismo de um paciente com Parkinson. A fim de salientar a necessidade de um cuidado especializado, que levará a uma vivência melhor com a doença.

Tais elementos foram desenvolvidos a fim de contribuir principalmente aos enfermeiros, pois após o diagnóstico médico, a sistematização da assistência de enfermagem voltada aos cuidados específicos da patologia seja instituída precocemente levando a um tratamento adequado, auxiliando na melhora da qualidade de vida dos portadores da Doença de Parkinson e de seu convívio na sociedade, possibilitando assim atingir os resultados esperados.

## REFERENCIAS

ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo.** Porto Alegre: Artmed, 2005.

ALMEIDA, Miriam de Abreu et. al. **Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)> Acesso em: 24 de abril de 2015.

BRASIL. Lei n. 10.141, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e da outras providências. Brasília. Disponível em: <[file:///C:/Users/usuario/Desktop/TCC/estatuto\\_idoso\\_5ed.pdf](file:///C:/Users/usuario/Desktop/TCC/estatuto_idoso_5ed.pdf)>. Acesso em: 03 set. 2015.

CAMBIER, J.; MASSON, M.; DEHEN, H. **Neurologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

COFEN, Resolução 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras, 2002.

DORETTO, D. **Fisiopatologia clínica do sistema nervoso: fundamentos da semiologia.** São Paulo: Atheneu, 2005.

GEOVANINI, Telma et. al. **Historia da Enfermagem versões e interpretações.** Rio de Janeiro, 2010.

NANDA, International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014.** Porto Alegre: Atrmed; 2013.

NITRINI, R.; BACHESCHI, L. A. **A neurologia que todo médico deve saber.** São Paulo: Atheneu, 2005.

PADILHA, M. I.; BORENSTEIN, M. S.; SANTOS, I. **Enfermagem: história de uma profissão.** São Caetano do Sul: Difusão, 2011.

PATTEN, J. **Diagnóstico diferencial em neurologia.** Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

SOUZA, Emannuely S.; ALVES, Thalita I. F.; PASSOS, Ana B. B. **Sistematização da Assistência de Enfermagem a um idoso com Parkinson em uma instituição de apoio do município de Ipatinga.** Rev. Enfermagem Integrada. Novembro/2010. vol. 3 n.º. 2: p. 564-577. Disponível em: <[http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3\\_2/09-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-a-um-idoso-com-parkinson.pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/V3_2/09-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-a-um-idoso-com-parkinson.pdf)> Acesso em: 12 de set. 2015.



13º ENCONTRO  
CIENTÍFICO CULTURAL  
INTERINSTITUCIONAL

MISSÃO DADA É MISSÃO CUMPRIDA

19, 20, 21 E 22 DE OUTUBRO DE 2015



TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. **Corpo Humano**: fundamentos de anatomia e fisiologia. 8º ed. Porto Alegre – RS, 2010.

ZANARDO, Graziani M., ZANARDO, Guilherme M., KAEFER, Cristina T. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Rev. Contexto e Saúde. Janeiro/2011; v. 10 n. 20: p. 1371 -1374. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/1811/1517>> Acesso em: 20 de set. 2015.