

ANAIS DA JORNADA DE ENFERMAGEM



CURSO DE
ENFERMAGEM

ISSN 2447-1968

**ANAIS DA
JORNADA DE
ENFERMAGEM**



ANAIS DA JORNADA DE ENFERMAGEM

12 A 14 DE MAIO DE 2016



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACEX – MANTIDA / CENTRO PARA FORMAÇÃO DE EXECUTIVOS-CIFE-MANTENEDOR

CHANCELER – JOSÉ MARIA BARRETO DE FIGUEREDO
DIRETORA ADMINISTRATIVA – CANDYSSE MEDEIROS DE FIGUEIREDO
DIRETOR FINANCEIRO – OSWALDO GUEDES DE FIGUEIREDO NETO
REITOR – RAYMUNDO GOMES VIEIRA
PRÓ-REITOR ACADÊMICO - RONALD FÁBIO DE PAIVA CAMPOS
SECRETÁRIO – JÚLIO APARECIDO KENED DE BRITO

Todos os resumos contidos nestes Anais foram reproduzidos de cópias fornecidas por seus autores, portanto, o conteúdo apresentado é de suas exclusivas responsabilidades. Assim, a comissão organizadora do II Encontro de Enfermagem e III Jornada de Enfermagem do UNIFACEX não se responsabiliza pelas consequências decorrentes do uso de quaisquer dados publicados nestes Anais.

**UNIFACEX
BIBLIOTECA CENTRAL SENADOR JESSÉ PINTO FREIRE
DIVISÃO DE APOIO AO USUÁRIO
FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE**

E56a III Jornada de Enfermagem (Natal, RN, 2015).

Anais III Jornada de Enfermagem do UNIFACEX, 12 a 14 de Maio de 2016/ Comissão Organizadora: Isabel Cristina de Amaral Rosso Nelson [et al.]. – Natal: UNIFACEX, 2015.
152p.

1. Congresso Científico. 2. Pesquisa. 3. Resumo. I. Centro Universitário Facex (UNIFACEX). II. Nelson, Isabel Cristina de Amaral Rosso (Org.) [et al.]. III. Título.

RN/BSJPF/2016-031

CDU 37:058



COMISSÃO ORGANIZADORA DA JORNADA DE ENFERMAGEM

Prof^a Dr^a. Isabel Cristina de Amaral Rosso Nelson
Prof. Esp. Fabio Claudiney Pereira Costa
Prof^a Ma. Karolina de Moura Manso da Rocha
Prof.^a Ma. Tayssa Suelen Cordeiro Paulino
Prof. Dr. Richard Medeiros de Araújo

COMISSÃO AVALIADORA DA JORNADA DE ENFERMAGEM

Andressa Mônica Gomes Fernandes
Fabio Claudiney Pereira Costa
Isabel Cristina Araújo Brandão
Isabel Cristina de Amaral Rosso Nelson
Karolina de Moura Manso da Rocha
Luzia Kelly Alves da Silva Nascimento
Maria Cristiana da Silva Souto
Rafaela Costa de Medeiros
Rhuama Karenine Costa e Silva
Taciana Jacinto de Almeida

SUMÁRIO

AEDES AEGYPTI E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE HUMANA.....	8
A UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA ADOLESCÊNCIA: EDUCAR É PROMOVER SAÚDE	11
A RELAÇÃO ENTRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COM AS INFECÇÕES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	14
A PEDAGOGIA VIVENCIAL HUMANESCENTE E O ALUNO INGRESSANTE DO CURSO DE ENFERMAGEM UNIFACEX: COMPREENSÃO E PERCEPÇÕES.....	17
A OCORRÊNCIA DE IATROGENIAS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO	19
A NECESSIDADE DA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NAS UNIDADES DE SUPORTE BÁSICO DO SAMU NO RN	22
A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA EDUCAÇÃO INFANTIL.....	25
A IMPORTÂNCIA DAS DOULAS NO PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO	28
A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE, NAS PRÁTICAS VIVENCIAS DO CUIDADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	31
COMISSÃO DE PELE NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, DETECÇÃO PRECOCE E REABILITAÇÃO DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE FERIDAS CRÔNICAS.....	34
A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO INTEGRATIVA TRANSDISCIPLINAR EM SAÚDE	37
A ÉTICA DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR	40
A ENFERMAGEM NO TRATAMENTO COM A OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA	43
ALEITAMENTO MATERNO: FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE	47
AUDITORIA: UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM.....	51
AUTORIDADE OU PODER: QUAL A MELHOR DIREÇÃO A TOMAR QUANDO SE É ENFERMEIRO E ESTÁ A FRENTE DE UMA EQUIPE?	55

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	58
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO	62
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO PORTADOR DE ALZHEIMER	66
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM TERAPIA HEMODIALÍTICA	69
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DURANTE A HEMODIÁLISE	72
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE PACIENTES QUEIMADOS	75
AS AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A REDUÇÃO DO ABANDONO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA	78
COMO SABER QUE CHEGOU A HORA? SINAIS E SINTOMAS DO TRABALHO DE PARTO	81
MUDANÇAS NO CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO	84
EUTANÁSIA E ÉTICA NA ENFERMAGEM	87
DIFICULDADES PARA IMPLEMENTAÇÃO DA LEI DO ACOMPANHANTE NO PERÍODO DE PARTURIÇÃO	91
EUTANÁSIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA	94
CUIDADOS DE ENFERMAGEM AS PORTADORAS DE SÍFILIS DURANTE A GESTAÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA	97
DIFICULDADES APRESENTADAS PELAS PUÉRPERAS NO PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO	101
EFEITOS DO USO DA OCITOCINA SINTÉTICA NO TRABALHO DE PARTO ...	104
ENFERMAGEM E OS CUIDADOS COM A DIABETES GESTACIONAL	107
PRINCIPAIS CAUSAS DA REJEIÇÃO DE RIM EM PACIENTES TRANSPLANTADOS	110

PREVENÇÃO DE LESÕES DERMATOLÓGICAS: A IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO.....	113
PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI.....	116
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ALOJAMENTO CONJUNTO.....	119
O CONTEXTO SOCIOFAMILIAR DOS IDOSOS RESIDENTES NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA (ILPS).....	122
PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA A DEPRESSÃO NA ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR	125
O PAPEL DO ENFERMEIRO NA VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE	128
O CAPS COMO FACILITADOR DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DO USUÁRIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	132
O PROCESSO DE CUIDAR A PACIENTE COM DEPRESSÃO: O PAPEL DA ENFERMAGEM.....	135
OCORRÊNCIA DA ESQUISTOSSOMOSE, SEGUNDO A PREVALÊNCIA, NÚMERO DE INTERNAÇÕES E ÓBITOS, EM ESTADOS DA REGIÃO NORDESTE	138
PRINCIPAIS FATORES QUE INFLUENCIAM NO ESTRESSE OCUPACIONAL NA ENFERMAGEM.....	141
O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DENGUE NA CIDADE DE NATAL - RN NO PERÍODO DE 2009 À 2014.....	145
RASTREAMENTO NEONATAL E SUA IMPORTÂNCIA NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA	148
SEGURANÇA DO PACIENTE: QUAIS AS CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA UM CUIDADO SEGURO?.....	151
RISCOS DE ESTRESSE OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.....	154
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PORTADORA DE INJÚRIA RENAL AGUDA POR NEOPLASIA DO COLO DO ÚTERO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	158



VISITA DOMICILIAR: A VISÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DO PROCESSO DE CUIDADO	161
SEGURANÇA DO PACIENTE, NO CUIDADO DE ENFERMAGEM, EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA	164

AEDES AEGYPTI E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE HUMANA

Aline Fernanda Barbosa
Dayane Rodrigues de Medeiros
Mara Jordana Barros dos Santos
Olgareth Allane Nunes da Câmara Silva
Isabel Cristina Araújo Brandão
Maria Cristiana da Silva Souto

INTRODUÇÃO: o *Aedes Aegypti* é uma espécie de mosquito que está incluso na ordem Díptera, Subordem Nematocera, família Culicidae e Subfamília Culicinae. A subfamília Culinae compreende dez tribos que reúnem 34 gêneros com mais de 3500 espécies pelo mundo (CONSOLI; OLIVEIRA, 1994; FORATINI, 2002). A ênfase da Saúde pública, em relação à espécie dos mosquitos, provavelmente se dá decorrente ao fato de que essa família abrange insetos responsáveis pela transmissão de vários patógenos ao homem, estando o *Aegypti* entre eles (BRASIL, 2008c apud ALENCAR et al., 2008, p. 461). Desde o seu surgimento, é conhecido como um vetor causador da dengue e febre amarela, porém existem duas novas arboviroses que também utilizam o mosquito como vetor: a febre chikungunya e o zika vírus (FORATTINI, 2002 apud SOUZA, 2014, p. 22). O Brasil por ter seu clima tropical durante todo ano é um habitat ideal para o *Aedes aegypti*, o qual vem gerando diversas pesquisas para ciência, em todo o mundo (GOMES, 1998; BRASIL, 2008b apud ALENCAR et al. 2008, p. 460). As fêmeas do mosquito provocam desconforto ao hospedeiro decorrente da picada, transmitem diversos agentes das helmintoses, protozooses e arboviroses. Há, no entanto, diversas espécies de insetos que desempenham importante papel como vetores de parasitas da malária, filarioses e arbobiroses, como o vírus da dengue e vírus da febre amarela, que acometem o homem em várias áreas do mundo, causando danos grandiosos ao homem decorrente da veiculação desses parasitas (SOUZA, 2014). Faz-se necessário que a população conheça o vetor causador das arboviroses: dengue, zika vírus, febre chikungunya e febre amarela, e seu mecanismo de ação, para que assim possa contribuir para o controle dessas doenças. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo prestar informações à população acerca do mosquito *Aedes aegypti*, apresentando sua etiologia e formas de transmissão.

METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão de literatura, com busca de artigos disponíveis no portal da biblioteca virtual em saúde BVS/Bireme, realizada no período de março e abril de 2016. Para o refinamento dos artigos foram utilizados os descritores específicos como: "*Aedes aegypti*", "Combate", "Vetor". Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em português e publicados no período de 2006 a 2016. Os critérios de exclusão foram os artigos que não estavam disponíveis na íntegra. Foram encontrados 35 artigos e para o desenvolvimento deste estudo utilizados 08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A distribuição, o aumento populacional e a densidade desse mosquito sofrem influência direta de fatores humanos e ambientais. Os fatores humanos dão-se pela falta de cuidado ao desprezar objetos a céu aberto de uso doméstico, que são fonte de proliferação do vetor. Hoje, estamos num período endêmico das arboviroses causadas pelo vetor *Aedes agypti*, em nosso País, aonde o vetor vem agindo de forma ativa. Além disso, sabe-se que o ovo do *Aedes Aegypti* é bastante resistente a vários tipos de climas, nesse caso foi feito um estudo para verificar a influência da aquiescência no ciclo do

ovo e novamente sendo um meio para ajudar, cada vez mais, ao combate (GLASSER; GOMES, 2002). O conhecimento acerca do período de repouso dos ovos pode contribuir para o controle, bem como informações acerca dos locais possíveis à reprodução desse mosquito, como: pneus, garrafas, vasos de plantas e caixas d'água que acabam por armazenar água e assim se tornar criadouros potenciais (DOGGETT, 2007, p. 11). As fêmeas selecionam local com nutrientes necessários para o desenvolvimento das formas imaturas, por meio do olfato, para depositar seus ovos, isoladamente, nesses criadouros com substrato úmido e próximo à água ou em local inundável. A seleção do local adequado para oviposição das fêmeas grávidas é fundamental para a distribuição e o estabelecimento das populações. Esse fator é importante não somente para aumento das chances de sobrevivência de seus descendentes, mas também para emergência de grande número de adultos. Ocupam qualquer recipiente, ainda que pequeno, para depositar seus ovos, desde que seja propício, ela não deposita esses ovos em um lugar apenas, mas sim em vários recipientes que estejam disponíveis com um pouco que seja de água acumulada para garantir o desenvolvimento das larvas e concluir o ciclo de vida gerando novos mosquitos (DOGGETT, 2007, p. 11-14). **CONCLUSÃO:** Diante do exposto, percebe-se que a sensibilização da população pode ser uma das formas de controle mais eficaz, no entanto, existem outros fatores que contribuem também para a sua disseminação entre eles é importante destacar o saneamento básico adequado.

Palavras-chave: *Aedes Aegypti*. Vetor. Combate.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Carlos Henrique Morais de et al. Potencialidades do *Aedes albopictus* como vetor de arboviroses no Brasil: um desafio para a atenção primária. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 11, n. 4, p.459-467, out./dez. 2008.

DOGGETT, Stephen L. **Dengue:** Orientações Técnicas para Pessoal de Campo. Santa Catarina: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2007.

DUARTE, Juliana Barbosa; COURA SOBRINHO, Jerônimo. **Estratégia de divulgação sobre o mosquito *Aedes aegypti***. 2008. 11f. Dissertação (Mestrado) - curso de novas tecnologias para prevenção e controle da dengue, centro federal de educação tecnológica de Minas Gerais – CEFET. Belo Horizonte, MG, 2009.

HENRIQUES, Lúcia de Fátima; SILVA, Ana Lúcia da. **Educação em saúde e o controle do *Aedes aegypti***: A experiência do Estado de São Paulo. São Paulo: Educação em Saúde da Superintendência de Controle de Endemias. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2012. 16p.

RIBEIRO, Camila Dutra e Mello. **Avaliação de aspectos da capacidade vetorial de população de *Aedes aegypti* (Linnaeus, 1762) (Diptera: Culicidae) mantida no laboratório na ausência ou na presença de piretróide**. 2008. 118f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Biologia Parasitária, Instituto Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

SERPA, L. L. N. et al. **Prevenção da dengue:** implicações do uso de tela no controle de *Aedes aegypti* em reservatórios de água para consumo humano. Taubaté: São Paulo: Superintendência de Controle de Endemias. Seção Técnica de Pesquisa em Vetores. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2010. p. 4 - 9.

SILVA, Heloisa Helena Garcia da; SILVA, Ionizete Garcia da. Influência do período de quiescência dos ovos sobre o ciclo de vida de *Aedes aegypti* (Linnaeus, 1762) (Diptera, Culicidae) em condições de laboratório. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Goiânia, v. 4, n. 32, 7 p. jul./ago., 2009.

SOUZA, Luiz Paulo de Brito Oliveira. **Estudo do efeito de mutações no gene do canal de sódio de *aedes aegypti*:** distribuição em populações naturais, correlação com resistência a piretroide e custo evolutivo. 2014. 93f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Biologia Parasitária, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

A UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA ADOLESCÊNCIA: EDUCAR É PROMOVER SAÚDE

Audrey Mendes Soares
Alef Maia da Silva
Larissa Tainã Tavares da Silva
Ádima Kelle Veras de Lima
Michel Siqueira da Silva
Rafaela Costa de Medeiros Moura

INTRODUÇÃO: Métodos contraceptivos são aqueles que têm por objetivo evitar a gravidez e/ou proteger contra Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), sendo essas infecções desencadeadas por contato sexual e em todo o mundo, constituem-se em uma importante causa de morbimortalidade. Dentre os métodos estão as camisinhas (feminina e masculina) e os anticoncepcionais (orais ou injetáveis). Segundo o Ministério da Saúde (2006), a idade de iniciação sexual, no Brasil, ocorre a partir dos 15 anos de idade. Essa informação infere a necessidade de ações de prevenção e promoção com relação à saúde sexual do adolescente bem como acerca da vulnerabilidade às DST e à gravidez não-planejada. Durante pesquisas sobre a temática em questão, constatamos que o número de casos de DST entre adolescentes também tem se elevado devido à rejeição ao uso do preservativo, pois um número considerável (65,5%) de jovens não leva em consideração o risco de contrair doença justificando para isso o fato de terem apenas um parceiro e confiarem nele. Nesse ínterim, surgiu a necessidade de se intervir no que tange à informação sobre os métodos contraceptivos do público supracitado, entendendo que, a partir de uma melhor instrução, tenha-se a redução da resistência ao uso desses métodos, buscando diminuir não só a incidência de DST, como também da gravidez na adolescência. Assim, o objetivo é relatar uma experiência vivenciada por um grupo de alunos do curso de Graduação em Enfermagem, a partir da realização de uma intervenção junto aos adolescentes da Escola Estadual General Dioscoro Vale, localizada na Rua Angra dos Reis, bairro de Soledade II, em Natal-RN, sobre a temática "Contraceptivos na adolescência". **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo qualitativo do tipo relato de experiência, em que se fez uso para embasamento científico de artigos, nas bases de dados científicas em saúde: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), respeitando o recorte temporal de 2008 a 2015. Essas bases de dados estão indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) na qual foram utilizados os seguintes descritores: contraceptivos, intervenção de enfermagem e adolescentes. Com relação aos critérios de inclusão, foram utilizados artigos científicos da Língua Portuguesa, que versassem sobre a temática pesquisada. No que diz respeito aos critérios de exclusão, artigos disponíveis somente no formato de resumo. Para tanto, a intervenção se deu no dia 12 de maio de 2015 com estudantes de 13 a 16 anos, durante o período matutino. Após a identificação de uma aluna gestante aos 13 anos, surgiu a necessidade da exposição de informações para estes adolescentes, a despeito dos métodos contraceptivos. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Dentre a população mais acometida por DST, encontram-se os adolescentes, sendo importante ressaltar que por meio do artigo 11º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o adolescente de 12 a 18 anos,

tem previsto por lei o direito à assistência em saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro dessa perspectiva, Mendonça et al., (2012) constata em seus estudos sobre a relevância da promoção de ações educativas no intuito de levar conhecimento acerca da saúde sexual de adolescentes. Com isso, pode-se concluir que promover educação em saúde sexual de adolescentes funciona de forma a evitar problemas futuros como a gestação na adolescência, promiscuidade, aborto; DST e HIV. Partindo desses pressupostos, foi elaborado o plano de intervenção, através de uma metodologia ativa (adequada ao público e as necessidades apresentadas por ele), composto por 3 momentos que se intercalaram durante uma roda de conversa. Em um 1º momento: indagamos aos alunos sobre suas concepções acerca do tema em geral, bem como os tipos de contraceptivos dos quais eles tinham conhecimento e por consequente, fizemos os complementos a partir do que eles nos trouxeram. No 2º momento: abrimos para que fizessem perguntas (tirassem dúvidas) relacionadas ao tema, através de papéis que foram colocados numa caixa e que foram respondidas pelos próprios alunos ao fim da roda. Para finalizarmos a referida ação, no 3º momento, realizamos perguntas a despeito do que foi colocado, em que eles as responderam através de plaquinhas de "V" ou "F" que foram entregues por nós. Para tanto, durante a roda de conversa foi acrescido ao que os alunos trouxeram para a mesma, os nossos conhecimentos a despeito do tema, bem como a demonstração de como são usados os preservativos femininos e masculinos e também a exibição dos contraceptivos orais e injetáveis, disponíveis na UBS de Santarém. Assim, participaram da ação um quantitativo de 50 estudantes matriculados entre o 7º, 8º e 9º ano do ensino fundamental e o 1º ano do Ensino Médio. Essa quantidade expressiva de participantes deve-se a compreensão de que, segundo Mendonça et al. (2012), durante a adolescência há um crescimento do interesse sexual, impulsionado necessariamente pelas profundas alterações hormonais e pelo contexto psicossocial. Assim, a temática da sexualidade ainda é uma questão polêmica e um tabu em nossa sociedade contemporânea e, além disso, os problemas relativos à sexualidade ainda são muito frequentes, o que estimula o interesse dos adolescentes por palestras acerca da temática. De outra parte, no tocante às dificuldades encontradas pelo grupo estão a inexperiência para atuação mediante nosso público alvo e assim, culminando numa maior dificuldade para a utilização de uma metodologia ativa para essa intervenção. Chamamos ainda atenção para a importância do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde no processo de educação da população, possibilitando, outrossim, maior êxito nas práticas de prevenção de riscos e redução dos agravos propostos pelo Ministério da Saúde. Dentro dessa perspectiva do Ministério, Programas de Educação Sexual nas escolas parecem melhorar esses índices. Em estudos realizados por Theobald et al. (2012), foi possível perceber que o uso do preservativo aumentou em 48% dos adolescentes após a intervenção em saúde realizada pela enfermagem, o que sinalizou efeitos positivos, pois conscientiza o uso de preservativo ou outros métodos anticoncepcionais na população de adolescentes. **CONCLUSÃO:** É notória a importância de se ter uma proposta de educação sexual nas escolas, a fim de obter um melhor resultado no que diz respeito à redução da gravidez, bem como a redução do índice de acometimento por DST entre os jovens. Por esse motivo, frisamos que tal ação pôde contribuir para a construção de novos saberes a despeito desse tema, na medida em que, tivemos um *feedback* positivo no que tange ao entendimento às informações prestadas durante a ação. Assim, intervenção se deu de maneira educativa e direcionada ao público adolescente, no sentido de prevenir

doenças e situações indesejadas através do uso de métodos contraceptivos. E as informações foram passadas de forma clara e objetiva, utilizando a terminologia correta e sem incentivo à prática sexual. Destacamos ainda que, a prática sexual está presente na vida dos jovens, então é imprescindível a orientação correta para que o ato aconteça de maneira adequada. Cabendo também salientar o papel não só da escola, mas também da família, para que haja um diálogo que lhes ofereça as informações necessárias e assim evitar transtornos maiores em suas vidas. Para tanto, de fato, esperamos ter realmente contribuído para o crescimento da instrução no tocante a esses métodos por parte de nosso público, possibilitando assim, com que tenhamos promovido conhecimento aos mesmos, através desta intervenção de educação em saúde.

Palavras-chave: Contraceptivos. Intervenção de Enfermagem e Adolescentes.

REFERÊNCIAS

BELLENZANI, R.; SANTOS, A. O.; PAIVA, V. Agentes comunitárias de saúde e a atenção à saúde sexual e reprodutiva de jovens na estratégia saúde da família. **Saúde e sociedade**, v.21, n.3, pp. 637-650, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para implementação do projeto:** saúde e prevenção nas escolas. 1. ed. Brasília, DF: Editora MS, 2006, 24p.

MENDONÇA, G. M. M. et. al. Promoção da saúde sexual de puérperas adolescentes: conhecimento e práticas. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 14-20, 2012.

THEOBALD, V. D. et. al. A universidade inserida na comunidade: conhecimentos, atitudes e comportamentos de adolescentes de uma escola pública frente a doenças sexualmente transmissíveis. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 26-31, 2012.

A RELAÇÃO ENTRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COM AS INFECÇÕES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Stella Alyny de Aquino Costa
Andressa Mônica Gomes Fernandes
Luzia Kelly Nascimento

INTRODUÇÃO: As infecções relacionadas à assistência à saúde representam um importante problema de saúde pública, diante do risco à segurança do paciente e o impacto econômico que geram. Os índices mais expressivos dos casos encontram-se em países em desenvolvimento, logo, quanto menor o desenvolvimento econômico, maiores são os índices de infecções. As infecções adquiridas nas Unidades de Terapia Intensiva representam aproximadamente 20% de todas as infecções hospitalares, com importante morbimortalidade e elevados custos para o sistema de saúde, pacientes e seus familiares. As unidades de terapia intensiva consistem no local destinado ao atendimento a pacientes de alta complexidade, dessa forma torna-se essencial a investigação dos casos de infecção hospitalar, visto que esses pacientes se encontram em condições de maiores vulnerabilidade, partindo do pressuposto de diferentes fatores como a extrema suscetibilidade desses pacientes, como: o surgimento de bactérias cada vez mais resistentes, a falta de um processo de trabalho de enfermagem sistematizado, ao tipo e duração de muitos procedimentos invasivos como a cateterização vesical e venosa, a intubação orotraqueal para ventilação mecânica, além das infecções urinárias e de ferida operatória. No que refere ao atendimento das unidades de terapias intensivas neonatais, contemplam tanto as infecções relacionadas à assistência como aquelas relacionadas à sua falha. É no período neonatal, que correspondem as primeiras 48 horas de vida do recém-nascido, que as infecções atuam como fator limitante para a vida, aumentando a morbimortalidade, nesta faixa etária. Além dos fatores conhecidos que aumentam os riscos de infecções, quando nos referimos aos neonatos surgem novos fatores como a superlotação das unidades, às deficiências de recursos humanos e infraestrutura dos serviços de saúde, a idade gestacional no parto e peso de nascimento, além das práticas assistenciais da enfermagem. Como forma de diminuir os agravos a saúde os meios profiláticos como a lavagem das mãos, a restrição de grande circulação de pessoas, o uso de indumentária estéril em procedimentos invasivos, o uso de protocolos para realização de curativos, a desinfecção química de superfícies, material para uso individual e coletivo periodicamente e a esterilização de materiais, surgem como estratégias para diminuir os riscos morbimortalidades, conseqüentemente promovem a segurança do paciente, gerando menores riscos e custos financeiros a saúde. Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo caracterizar as infecções neonatais relacionadas à assistência de enfermagem, nas Unidades de Terapias Intensivas Neonatais.

METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão de literatura, realizada no período Março a Abril de 2016, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Biblioteca Regional de Medicina e *Scientific electronic library* online, utilizando os descritores: “Infecção”, “Unidade de Terapia Intensiva”, “Neonatal” e “Enfermagem”, de maneira associada. Foram selecionados artigos originais, no idioma português, publicados nos últimos 5 anos, que abordassem sobre o assunto em estudo. Foram excluídos artigos em inglês, espanhol e os que não discutiram à temática do estudo. No processo de busca, foram encontrados 10

artigos dos quais, após leitura obteve-se seis artigos. **RESULTADOS:** Os estudos analisados demonstram que a apesar da assistência a saúde ser desenvolvida de forma multiprofissional dentro da unidade hospitalar, são os profissionais da enfermagem que estão no cuidado direto ao recém-nascido, os que permanecem por maior período de tempo com a criança e sua família, dessa forma, é de extrema importância no cuidado e manuseio do neonato em tratamento intensivo. Observa-se que durante a internação os neonatos estão sob uma exposição de vários tipos de micro-organismos, tanto da flora materna, quanto da hospitalar e dos profissionais que é prejudicial à saúde devido ao déficit da proteção imunológica, bem como representa uma ameaça de infecção hospitalar e óbito neonatal. Não obstante, algumas pesquisas apresentam que muitas infecções estão relacionadas à falta ou deficiência da assepsia nos materiais utilizados para o cuidado do neonato, como estetoscópios, termômetros, entre outros, vale salientar, que os artigos contaminados eram de uso exclusivo de cada neonato. Ademais, os artigos trazem que boas partes das infecções hospitalares são propagadas no ambiente intensivo neonatal, principalmente, pelas mãos dos profissionais de saúde ao manipular o paciente, colonizado e transmitindo aos outros através de artigos e superfícies e até de suas próprias mãos não higienizadas após o procedimento com o neonato infectado. Dessa forma, a lavagem das mãos é uma medida de extrema importância para a prevenção das infecções, portanto devem ser realizadas preferencialmente antes e após o contato com os pacientes, antes e após o uso de luvas, entre os cuidados de uma paciente para outro, entre os procedimentos com o mesmo paciente, e após contato com fluídos, secreções e excreções, bem como artigos e equipamentos contaminados. Em contra partida, os estudos mostraram que apesar dos profissionais conhecerem a importância e eficácia da lavagem das mãos no controle das infecções, a adesão da lavagem das mãos pelos profissionais tem sido um dos principais desafios das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar. **CONCLUSÃO:** Os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem podem desempenhar um papel importante na ocorrência de infecções nas unidades de terapia intensiva neonatal. Assim, faz-se necessário a adoção e utilização de protocolos específicos para a inserção do controle de infecções como também, a elaboração e instalação de políticas que garantam à segurança a saúde do paciente, bem como de estratégias de educação continuada que visem o aprimoramento dos profissionais nas técnicas, tecnologias e procedimento tendo como a finalidade de diminuir da incidência dos números dessa infecção, priorizando dessa forma a segurança do paciente, concomitantemente a diminuição da morbimortalidade e custo à saúde.

Palavras-chave: Infecção hospitalar. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Assistência de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, B. B. M. de; MÁXIMO, M. R. As infecções hospitalares no cenário da terapia intensiva neonatal: Uma contribuição para enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 1923-34, abr./jun. 2011.



CAMILO, C. F.; et. al. Perfil epidemiológico das infecções primárias de corrente sanguínea em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 5, n. 1, p.3229-37, jan./mar. 2012.

NOGUEIRA, L. S.; et. al. Carga de trabalho de enfermagem: preditor de infecção relacionada à assistência à saúde na terapia intensiva? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, ed. Especial, p. 36-42, 2015.

OLIVEIRA, C. O. P. de; et. al. Caracterização das infecções relacionadas à Assistência à saúde em uma unidade de terapia Intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 90-4, jan./mar. 2013.

SILVA, A. R. A. da; et. al. Infecções relacionadas à assistência à saúde por Staphylococcus coagulase negativa em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 239-44. 2013.

A PEDAGOGIA VIVENCIAL HUMANESCENTE E O ALUNO INGRESSANTE DO CURSO DE ENFERMAGEM UNIFACEX: COMPREENSÃO E PERCEPÇÕES

Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson

Saionara Branco Bolson

Fábio Claudiney da Costa Pereira

Barbara Medeiros de Souza

Yndhana Cecília da Silva

Patrícia Correia da Silva

INTRODUÇÃO: Os princípios da humanescência, do pensamento complexo, da formação e da prática pedagógica constituem metas primordiais do curso de Enfermagem UNIFACEX. Pautado na Pedagogia Vivencial Humanescente que rescinde com as concepções tradicionais de ensino, e possibilita um processo de aprendizagem inter/transdisciplinar vinculando às realidades intrínsecas e extrínsecas do ser humano. Nesse sentido, estabelece um currículo articulado, um diálogo entre arte, ciência e espiritualidade focado na formação de profissionais generalistas humanescentes, criativos, reflexivos, sensíveis e transformadores. **OBJETIVO:** Descrever a compreensão e a importância da pedagogia vivencial humanescente referente ao aluno ingressante do curso de enfermagem UNIFACEX. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência acerca da compreensão da pedagogia vivencial humanescente diante dos alunos ingressantes do curso de Enfermagem UNIFACEX. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A Pedagogia Vivencial Humanescente é uma pedagogia que prepara para a vida, envolvendo a corporeidade e o contexto vivencial das pessoas. Os conceitos de aprendizagem são associados ao ato autopoietico (MATURANA; VARELA, 1997) e de percepção, considerada fenômeno de duas vias, de dentro para fora e de fora para dentro (ASSMANN, 2001). Tendo a ludicidade, a criatividade, a reflexividade e a sensibilidade como princípios norteadores, objetiva assim o desenvolvimento de pensamentos sensíveis, criativos, ecossistêmicos e transformadores, possibilitando-os aos sujeitos aprendentes (educador e educando), através do despertar do cotidiano da vida e de atividades vivenciais experienciadas (CAVALCANTI, 2010). A Ludicidade como princípio que resgata a dimensão simbólica, abre o campo virtual e simbólico, abre as portas da fantasia. Está implicada a capacidade de amar e faz parte da biologia que constitui o homem e nos auxilia a entender a dinâmica sistêmica da vida (MATURANA; ZOLLER, 2004). A criatividade, segundo La Torre et al. (2008), é conhecida como um bem social, participa ativamente do processo de construção social, princípio fundamental quando falamos de desenvolvimento, necessária a vida, através da qual nos distanciamos do comodismo e vivemos no mundo das construções que se pautam na diversidade. Na reflexividade dessa nova forma de viver a educação, o sujeito convida a vida para iniciar o processo de tecer a si mesmo, ao outro e a ela. A sensibilidade revela a capacidade de emocionar-se e é compreendida como aspecto formador, por meio dela podemos elaborar relações de afeto. Boff (2000) nos mostra que com sensibilidade vive-se a ética e a solidariedade. A reflexividade vivencial nos autoriza a viver, transformar vivências em experiências de formação em experiências de vida (JOSSO, 2004). Compreende-se, portanto, que a Pedagogia Vivencial Humanescente não deverá se distanciar da humanidade, da humanescência. Cavalcanti (2010), nos mostra que a humanescência é o processo de expansão da essência humana, no qual o ser

humano expande a sua luminosidade, tornando-se capaz de efetivar ações de amor e partilha com o mundo. O curso de Enfermagem UNIFACEX fundamenta-se na Pedagogia Vivencial Humanescente e no pensamento complexo - que afirma que o todo é muito mais que a soma das partes -, e, que saúde e educação são necessidades essenciais para o desenvolvimento humano. Baseado no supracitado uma aluna ingressante ressalta a importância: "Através da Pedagogia Vivencial, começamos a vislumbrar ainda como discentes, como as práticas vivenciais são importantes, para compreender, não só o conteúdo de uma disciplina tecnicamente falando, mas para compreender como a mesma influencia na vida, tornando-nos capazes de entender o contexto dos problemas a serem resolvidos de uma maneira lúdica, e naturalmente absorvida, como uma criança aprendendo a engatinhar". A pedagogia vivencial como metodologia outro aluno ingressante discorre: "Trata-se de uma metodologia que visa influenciar e incentivar o lúdico, afim do desenvolvimento do criativo, dessa forma tornar o indivíduo, torna-se capaz de tomar decisões e atitudes, baseando-se nas análises de situações, tratando cada caso como único, buscando tratar os pacientes como seres humanos, pensantes, com uma história, uma vida, ou seja cada um como uma essência única, e dessa maneira obter a saúde da coletividade" **CONCLUSÃO:** Diante das concepções cristalizadas dos alunos acerca da formação direcionadas a lógica disciplinar, foi-se necessário trabalhos direcionados ao processo autoeco organizativo mobilizando dimensões mentais e corporais de educadores e educandos por meio da humanopoiese, que atua diretamente na intersubjetividade dos sujeitos. Após esse, foi compreendido pelos ingressantes que o ambiente de aprendizagem é um ambiente não apenas intelectual, mas de revitalização, de autoconhecimento, das emoções e do prazer de aprender, que essa percepção perante a formação será desenvolvida a todo momento e que o conhecimento é um processo inacabado.

Palavras-chave: Pedagogia. Enfermagem. Humanização.

REFERÊNCIAS

ASSMANN, H. **Metáforas novas para reencantar a educação**. 3. ed. Piracicaba: Editora UNIMEP, 2001.

BOFF, L. **A voz do arco-íris**. Brasília: Letraviva, 2000.

CAVALCANTI, K. B (Org.). **Pedagogia vivencial humanescente: para sentir pensar os sete saberes na educação**. Curitiba: Editora CRV, 2010.

JOSSO, M. C. **Experiências de vida e formação**. São Paulo, SP: Cortez, 2004.

MATURANA, H; VARELA, F. J. **De máquinas e seres vivos – autopoiese: a organização do vivo**. 3. ed. Porto Alegre/RS: Artes Médicas, 1997.

MATURANA, H.; ZOLLER, G. V. **Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano**. São Paulo/SP: Palas Atenas, 2004.

A OCORRÊNCIA DE IATROGENIAS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO

Paola Francinette Felix Fernandes da Silva
Hélio Soares dos Santos
Francisca Célia Lopes dos Santos
Ruthnéya da Silva Borja Peixoto
Andressa Mônica G. Fernandes
Luzia Kelly Alves da Silva Nascimento

INTRODUÇÃO: A iatrogenia vem da palavra grega que significa médico, gênese, origem. É definida como intervenção da equipe de enfermagem que resulta em uma prática que venha causar danos ao paciente. Os procedimentos de enfermagem - como a administração de medicamentos, nas unidades de serviço de emergência - envolvem atividades com conhecimento científico e habilidades técnicas por parte de todos os profissionais da área de saúde, contribuindo dessa forma para obtenção de uma visão holística sobre a medicação, podendo assim, garantir segurança, dignidade e conforto ao paciente. Os profissionais de enfermagem devem traçar estratégias que possam contribuir na qualificação a assistência prestada durante a administração de medicamentos, a qual requer total responsabilidade e preparo técnico para não ocorrer qualquer tipo de iatrogenia que venha ocasionar sequela ao usuário. A administração de medicamentos é um processo que envolve uma cadeia multidisciplinar. Uma das responsabilidades do enfermeiro e de toda sua equipe é verificar os erros que são iniciados desde a prescrição, a dispensação farmacológica e ao preparo de medicamentos pela equipe de enfermagem. A pesquisa busca encontrar as causas de iatrogenia cometidas pela equipe de enfermagem no processo de administração de medicamentos e ainda as possíveis intervenções para minimizar a incidência de processos iatrogênicos no atendimento de enfermagem nas diversas áreas de atendimento que requerem os cuidados de enfermagem, de forma a verificar quais os possíveis riscos, para que se possa intervir com a menor relação de causa e efeito. Objetivo do trabalho é favorecer a segurança do paciente que consiste na prevenção da iatrogenia, para esclarecer os motivos que levam as incidências dos erros na administração de medicamentos pela Enfermagem.

METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Foram encontrados 14 artigos científicos, dos quais foram selecionados 06 artigos para compor no presente estudo, como critérios de inclusão, foram utilizados os artigos completos disponibilizados para leitura na íntegra, disponíveis gratuitamente, artigos em Língua Portuguesa e publicados entre os anos de 2000 a 2013. A busca ocorreu através da revista eletrônica Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e da base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), no período de maio de 2015 a abril de 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: Administração de medicamentos é um processo multidisciplinar, cabendo ao enfermeiro ter uma visão holística de supervisão da sua equipe, para que não ocorra uma iatrogenia por erros de medicação. Assim cabe ao enfermeiro conhecer os aspectos da prescrição para evitar uma iatrogenia por consequência de medicamentos, devido à falta de atenção da sua equipe, que são erros devido a doses comprometidas, medicamentos de validade vencida e armazenamento inadequado. Segundo Fagundes (2006), a iatrogenia na administração de medicamentos pode estar associada a outros tipos de erros, que têm sua origem na atividade de outros profissionais. A iatrogenia é um acontecimento, muitas vezes inesperado, podendo levar ameaça a vida,

principalmente daquelas encontradas em estado crítico, como os internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Esses atos iatrogênicos aumentam o sofrimento do paciente, causam danos psíquicos, farmacológico e instrumental podendo causar sequelas e levar os pacientes à morte, além de aumentar os custos do tratamento hospitalar. Em estudos analisados sobre as ocorrências de erros na administração de medicamentos por acadêmicos de enfermagem, foi descrito que 55% responderam que erraram ao administrar medicamento, 42% afirmam que não cometeram erros e 3% não responderam à questão. Esses dados indicam que a iatrogenia na administração de medicamentos representam uma realidade que permeia o processo de aprendizagem dos acadêmicos de enfermagem. A maioria dos casos de erros na administração de medicamentos ocorre na área hospitalar, onde são desenvolvidos com maior frequência os procedimentos a uso de medicamentos, em seguida a atenção básica. Os tipos de erros cometidos com frequência são relacionados, aos horários de administração de medicamentos, e o de menor frequência foi o armazenamento de medicamentos em local inadequado. Um estudo de revisão de literatura sobre a ocorrência de eventos adversos com medicação em serviços de emergência mostrou que cerca de 48% dos enfermeiros entrevistados referenciam ter vivenciado, algumas vezes, a ocorrência de um evento adverso com medicação na vida profissional. Diante desses resultados, vale ressaltar a responsabilidade penal dos profissionais e a vigência do Código Penal brasileiro. Decreto Lei nº 2.848, de 7 dezembro de 1940, presente nos capítulos I, II e III que tratam dos crimes contra a vida, vislumbra-se os princípios e aspectos relacionados à responsabilidade penal que recairá sob a atividade desenvolvida pelos profissionais de enfermagem, quando está evidenciado um ato iatrogênico no cuidado. A administração de medicamentos requer muita atenção e conhecimento, principalmente, quando se trata de manipulação de medicamentos, para que não ocorram erros por dosagem inapropriada e por técnica ineficiente. É possível prevenir e controlar erros de medicações, para isso, fazem-se necessários esforços conjuntos para avaliar as fragilidades do sistema implementando medidas de intervenção numa perspectiva multidisciplinar. **CONCLUSÃO:** A ocorrência de iatrogenia na administração de medicamentos tem incidência significativa desde a fase de formação até a realidade prática. Os erros cometidos são ocasionados por diversos fatores como a ansiedade, estresse, falta de atenção, conhecimento teórico e científico. O objetivo é ofertar informação de prevenção de iatrogenia relacionada à administração de medicamentos conhecendo as suas incidências e suas consequências, a fim de prevenir e/ou evitá-las. Ressaltando que a administração de medicamentos é uma tarefa complexa, na qual se exige muitos conhecimentos técnicos e científicos. A lei 7.498/86 e seu decreto regulamentador determina que as administrações de medicamentos, poderão ser desenvolvidas por auxiliares e técnicos de enfermagem, desde que sob a supervisão do enfermeiro, sendo que as terapias medicamentosas de alta complexidade são atividades privativas do enfermeiro. O enfermeiro está colocando em prática essas atribuições asseguradas pela legislação quando está planejando e executando suas ações atendendo ao paciente, individualmente. Diante disso, é necessário que sejam feitos, cada vez mais, estudos com intuito de disseminar conhecimentos de estratégias de redução de eventos adversos na administração de medicamentos e que esse estudo possa contribuir no ensino, na pesquisa, na assistência e na gerência da assistência segura e de qualidade para o paciente.

Palavras-chave: Enfermagem. Doença Iatrogênica. Fatores de Risco. Erro de medicação.

REFERÊNCIAS

SANTOS, Audry Elizabeth dos; PADILHA, Kátia Grillo. Eventos adversos com medicação em serviços de emergência: Conduas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. **Revista Brasileira de enfermagem**, v.58, n.4, p. 429-433, jul./ago. 2005.

FAGUNDES, Jussara Scartão; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira. Ocorrências iatrogênicas na administração de medicamentos: um Estudo com Estudantes de Enfermagem. **Revista contexto e saúde**, Ijuí, ed. Unijui, Rio Grande do Sul, v.5, n.10, p.7-16, jan./jun. 2006.

SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo; CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. Administração de medicamentos: uma visão sistêmica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros na medicação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.6, n.2, p.279-285, 2004.

SANTOS, Maria Raquel Salvador dos. et al. **Iatrogenia medicamentosa: a culpa é humana, ou o culpado é o sistema.** Universidade de Taubaté. Departamento de Enfermagem. 2011. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INI_2011/anais/arquivos/RE_0099_0618_01.pdf>. Acesso em: 26 maio 2015.

LEAL, Allana Amaral. et al. A iatrogenia na enfermagem. **Revista Eletrônica da Univar.**, v.1, n.9, p.102-108, 2013.

CORTEZ, Elaine Antunes. et al. Iatrogenia no Cuidado da Enfermagem: Implicações éticas e penais. **Revista de Pesq.**, Cuidado é fundamental online, v.1 n.1, p.74-84, maio/ago. 2009.

GALDINO, Rute Cristina Vieira. Iatrogenia: um risco desnecessário na assistência de enfermagem ao paciente crítica. **Revista enfermagem UNISA**, n.1, p.47-50, 2000.

A NECESSIDADE DA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NAS UNIDADES DE SUPORTE BÁSICO DO SAMU NO RN

Jhokasta Andréa da Silva
Nayara Catarina Bonifácio
Samuel da Silva Nascimento
Valteise Fabrício do Nascimento
Viviane Pereira da Silva
Karolina de Moura Manso da Rocha

INTRODUÇÃO: O Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) é um projeto do Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP), foi implantado em 2006. Sua base principal está localizada as margens da (BR 304) no município de Macaíba, na região metropolitana de Natal RN. Cada uma das bases descentralizadas implantadas no estado tem como proposta prestar serviços de urgência e emergência em todas as cidades onde estão descentralizadas em situações excepcionais e acidentes, atender nas rodovias federais, estaduais e municípios e nas suas adjacências. Nas áreas não abrangentes, os serviços permanecem sendo realizados pelas Secretarias Municipais de Saúde, desse modo, o SAMU RN deverá ser acionado para os casos de catástrofes, desastres, acidentes e agravos de natureza clínica, em situação crítica de vida. A assistência do SAMU tem relação direta com a vida e para garantir a excelência, nos atendimentos o estado do Rio Grande do Norte vem dividindo responsabilidades com as entidades envolvidas. Toda a parte de aquisição e manutenção de ambulância, fardamento, medicamentos e capacitação dos profissionais ficam com os governos federal e estadual, e as prefeituras entram com a contratação dos profissionais que irão prestar assistência. Sendo dois modelos de equipes para atendimentos pré-hospitalares de caráter emergencial do território brasileiro, divididos em unidades suporte avançada de vidas (USA), semelhantes as (UTI) móvel com os mesmos equipamentos, sendo composta por uma equipe com um médico, um enfermeiro e o condutor socorrista, e unidade de suporte básico (USB) apenas por uma equipe com técnico de enfermagem e condutor socorrista. Todavia, o número de profissionais ainda está em desacordo com o que foi estipulado pelo conselho federal de enfermagem (COFEN), determinou na resolução 375/2011 Art.1º, sendo necessário o enfermeiro, técnico de enfermagem e o condutor socorrista nas unidades de suporte básico. A assistência de Enfermagem em qualquer tipo de unidade móvel sejam elas terrestre, aérea, marítima, destinada ao Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar, em situações de risco conhecido ou desconhecido, somente deve ser desenvolvida na presença do Enfermeiro. Porém, não é a realidade que acontece no estado, pois todas as viaturas de suporte básico (USB) trabalham exclusivamente com técnicos de enfermagem e condutores socorristas, no seu quadro funcional, no SAMU RN. Diante dessa resolução do COFEN, os técnicos de enfermagem podem prestar assistência nas unidades de suporte básico (USB 192 RN) sem a presença de um enfermeiro? **OBJETIVO:** Identificar na literatura a importância do enfermeiro nas viaturas de unidade de suporte básico de vida no serviço de atendimento móvel de urgência do SAMU. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura através de análise de artigos bibliográficos relacionados com o assunto, foram coletadas informações pelas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS);

biblioteca virtual em saúde (BVS), site da Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESAP), Scientific Electro Library Online (SCIELO). Foi vinculado o cruzamento dos descritores enfermeiro e SAMU, ética e enfermagem, sendo motivos de inclusão artigos relacionados com a temática sendo em Língua Portuguesa entre o ano de 2003 até 2016 e excluindo artigos de outros idiomas e com mais de 20 anos de publicação, e que não foram relevantes à pesquisa desenvolvida. Descritores: enfermagem, enfermeiro, Serviços de Atendimento de Emergência, ética.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: Atualmente, o (SAMU/RN) possui 24 Bases descentralizadas que atendem a 52 cidades da região potiguar e aproximadamente dois milhões de habitantes, atingindo 75% da população potiguar. A meta do Governo do Estado é que em 2014 a cobertura alcance a marca dos 85%, porcentagem que tornará o Serviço Móvel de Atendimento de Urgência potiguar superior ao que é atualmente realizado em outros estados do Brasil, todavia esses dados estão desatualizados, pois já se abrangem muito mais municípios do estado RN. Ainda dispõe de um helicóptero o potiguar 01, motolâncias e carros com tração para prestarem socorro em áreas de difícil acesso como dunas. Diante do exposto acima, nos deparamos com uma necessidade urgente de elaborarmos metas com o intuito de termos o acréscimo no número de enfermeiros, nas viaturas de Unidades de Suporte Básico do SAMU RN que – atualmente - são insuficientes com um quadro que não engloba 20% do imprescindível para o serviço de Atendimento Pré-Hospitalar. Acarretando inúmeros prejuízos para os profissionais e pacientes, com alguns procedimentos que não podem ser realizados pelo técnico de enfermagem sendo privativo do enfermeiro graduado, todavia é de suma importância a presença do profissional enfermeiro prestando assistência e fazendo parte da sua equipe de forma direta. Alguns Pontos relevantes a serem observados e abordados no código ética de enfermagem Art. 80 – Delegar suas atividades privativas a outro membro da equipe de enfermagem ou de saúde, que não seja enfermeiro. Art. 51 – Cumprir, no prazo estabelecido, as determinações e convocações do Conselho Federal e Conselho Regional de Enfermagem. **CONCLUSÃO:** Considerando a resolução COFEN nº 358/2009 § 1º A assistência de enfermagem em qualquer serviço Pré-Hospitalar, prestado por Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, somente poderá ser realizada sob a supervisão direta do Enfermeiro. Qualquer tipo de unidade móvel destinada ao Atendimento Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar. Ou seja, a simples remoção de um hospital para outro deverá ser feita com a presença do enfermeiro independente do estado clínico da pessoa transportada. Isso implica o funcionamento de todo o sistema de saúde público e privado. Inclusive, nas empresas particulares de remoção. Assim, não se poderão transportar pacientes sem a presença do enfermeiro seja no sistema de Atendimento Pré Hospitalar (SAMU) ou Inter Hospitalar (remoções/ transferências). Além do fato de o código de ética de enfermagem relatar que o profissional não pode assumir atribuições que não sejam de sua competência técnica, ética e legal. Com isso o (COFEN) Conselho Federal de Enfermagem determina através da resolução nº 487/2015 a proibição do profissional auxiliar e técnico de enfermagem em realizar ações no que se refere à assistência pré-hospitalar sem a presença do enfermeiro sendo tal aplicação utilizada da mesma forma no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). De acordo com os regimes que as regem - (COFEN) e (COREN) -, há punição para auxiliares e técnicos de enfermagem que realizam a assistência sem o profissional enfermeiro. Sendo assim, se tais regras não forem cumpridas pelos auxiliares e técnicos reestabelecendo a legislação que a comporta no que diz respeito à

resolução 487/2015 será a perda de seu registro ficando incapacitado de realizar sua profissão, e o auxiliar e técnico que se recusarem a prestar assistência sem o enfermeiro ele não responderá por omissão de socorro, estando estes profissionais resguardados e amparados perante a lei.

Palavras-chave: Enfermagem. Enfermeiro. Serviços de Atendimento de Emergência. Ética.

REFERÊNCIAS

RAMOS, Viviane O; SENNA, Maria C. A Inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.3, p.355-360, maio-jun. 2005.

BERNARDES, ANDREA; RAMOS, BRUNA, M; JUNIOR, JOSUÉ, B. Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel: visão dos auxiliares de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.8, n.1, p.79-85, jan./mar., 2009.

ROCHA, PATRÍCIA, K.; PRADO, MARTA, L.; RADÜNZ, VERA. Assistência de enfermagem em serviço pré-hospitalar e remoção aeromédica. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.56, n.6, nov./dez. 2003.

MILADI, ENIVA, F.S.; CRISTINA, CÍNTIA, O; FRANCIANE, CLARICE, L. C. Estressores e coping vivenciado por enfermeiros em um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista brasileira de enfermagem**, v.56, n.6, nov./dez. 2003.

A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA EDUCAÇÃO INFANTIL

Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson
Tayssa Suelen Cordeiro Paulino
Isabel Cristina Araújo Brandão
Cybele Maurício Queiroz de Souza
Wendell Wesley da Silva
Taciana Jacinto de Almeida

INTRODUÇÃO: O desenvolvimento infantil saudável - nos aspectos físico, mental, psicológico e social - está associado a condições biológicas inatas tanto quanto as influências dos diversos sistemas em que a criança está inserida, como família e comunidade (DELORS, 2006). Entretanto, com avanço tecnológico adquiriram-se novos fatores que vêm ingerir no desenvolvimento infantil, uma vez que, foi estabelecida uma relação de dependência dessas tecnologias, distanciando-as, cada vez mais, das relações interpessoais, podendo assim gerar prejuízos referentes ao rendimento pedagógico, ocasionando distúrbios de aprendizagem de leitura e escrita, bem como problemas emocionais no decorrer da sua vida. Nesse ínterim, faz-se necessário o estabelecimento de ações que reaproximam de sua essência e a escola é um dos principais espaços de socialização e dinamização da vida humana, com isso a educação é um meio indispensável para a manutenção da vida. A aprendizagem é apontada como uma forma de interação, que envolve atitudes e competências básicas para uma instrução afetiva, possibilitando a construção e reconstrução de conhecimentos e informações. Como meio de restituição da essência infantil utilizamos de práticas integrativas e complementares em saúde, as quais auxiliam na utilização de sentidos estabelecendo vínculos efetivos emocionais. **OBJETIVO:** Evidenciar a contribuição das práticas integrativas complementares no processo de desenvolvimento da educação infantil. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma Revisão Bibliográfica, realizada no mês de Abril de 2016. Do tipo descritivo com abordagem qualitativa. Foram utilizados 6 (seis) artigos científicos para elaboração do resumo, por meio de bancos de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Manual de Políticas Nacional e Estadual de Práticas Integrativas e complementares em Saúde. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Com a estimulação da utilização da visão holística e a descentralização da visão biológica das medidas do cuidar, as práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) vêm ganhando espaço e ampliando seus horizontes. As PICS têm como foco primordial a atenção integral à saúde dos indivíduos, dotada do princípio da humanescência. Essas práticas, em seu exercício, estimulam a autonomia, autoconhecimento e suas relações extracorpóreas, políticas, culturais e sociais, articulando a tomada de novas atitudes. Diante dessa conceituação, a inserção das práticas integrativas e complementares no SUS estabelece uma ação de ampliação de acesso e qualificação dos serviços, na tentativa de envolver a integralidade da atenção à saúde da população. Em âmbito estadual a Política de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Norte, foram aprovadas mediante a portaria Nº 274/GS, de 27 de junho de 2011, colocando como em destaque duas linhas de atuação para a implementação as Práticas Corporais Transdisciplinares (PCT) metodologicamente utilizam da

multirreferencialidade de saberes científicos sobre o corpo para produzir movimentos, de forma ativa ou passiva, com objetivo de harmonizar processos energéticos na estrutura corporal e transc corporal do ser humano, agregando valores éticos, estéticos e espirituais e as Vivências Lúdicas Integrativas (VLI), nas quais propiciam diferentes modos de sentir o fluir das emoções de alegria em contextos socioculturais específicos do adoecimento humano, buscando corporalizar o princípio de integralidade da vida. Em contra partida a essa finalidade, o mundo atual vive em um processo constante de divergência interior em seus sentimentos perante o modo de vida com o exterior, proveniente dos constantes estímulos supérfluos dos quais somos expostos diariamente, prevalecendo seus valores materiais e aniquilando os emocionais (BOFF, 2000). No meio dessa batalha, é colocado de lado os sentimentos e sentidos que favorecem as relações interpessoais, nos colocando cada vez mais distantes dos nossos vínculos familiares e sociais, como também do conhecimento de nós mesmo. Esse aspecto moderno influencia não só os adultos como também as crianças, tornando esse fator ainda mais preocupante tendo em vista que durante o período da infância o ser humano passa por diversos eventos que irão contribuir para o desenvolvimento físico e psicossocial, sendo nessa fase que adquirimos e construímos nossos valores. Sabendo disso, mediante aos estímulos, essa criança irá desencadear respostas tanto curto ou a longo prazo, levando muitas vezes ao lado pedagógico os déficits de aprendizagem como na escrita e leitura e o lado psicológico afetando suas respostas emocionais, formando futuras pessoas frágeis e insensíveis. Nesse ínterim, se evidencia a contribuição das práticas integrativas e complementares em saúde, como articuladora do processo que permeia a saúde e educação. O conceito fundamental das práticas, no qual visa restabelecer a harmonia interior do indivíduo, as PICS são utilizadas na Educação Infantil como forma de aprimorar a percepção da criança contribuindo com o processo pedagógico, por meio de práticas corporais transdisciplinares e as vivências lúdicas integrativas que influenciam direta e indiretamente no desempenho de suas atividades sintonizando o ser e o ambiente. Diante do exposto é possível resgatar a essência infantil que vem sendo perdidas no decorrer dos anos, estabelecendo memórias afetivas estabelecidas ainda na infância que irão permear, ao longo da vida do indivíduo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante do exposto, torna-se evidente a contribuição das práticas integrativas e complementares em saúde para educação infantil, porém, essas práticas - mesmo comprovadamente benéficas - ainda são pouco valorizadas e utilizadas como recursos para o desenvolvimento do infante e suas relações. Não obstante, as PICS são contribuintes para promoção da saúde, sobretudo, porque constituem uma nova compreensão do ser, em que se evidencia a perspectiva holística e o autoconhecimento individual, com impactos na vida cotidiana dos sujeitos. Em um olhar mais ampliado pode se dizer que tais práticas irão contribuir para a construção de uma sociedade futura melhor, todavia que o indivíduo na fase infantil é exposto a um ambiente favorável irá desencadear repostas positivas frente às questões sociais.

Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Educação infantil. Transdisciplinaridade.

REFERÊNCIAS



BOFF, L. **A voz do arco-íris**. Brasília: Letra viva, 2000.

BRASIL. Portaria Nº 274/GS, de 27 de junho de 2011. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) no Sistema Único de Saúde do RN.

DELORS, J. **Educação**: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez UNESCO, 2006.

A IMPORTÂNCIA DAS DOULAS NO PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO

Isamara Tayanne dos Santos
Luzia Galvão Marchi
Brenda Hellen Freira Barbosa
Amanda Pereira da Silva Araújo
Karolina de Moura Manso da Rocha

INTRODUÇÃO: Os fatos, que integram o processo de parto e nascimento no meio intra-hospitalar, mostram um ambiente envolvido pelo risco, sofrimento, insatisfação, frustração e violência, o que vem dificultando à mulher e família transformar essa experiência em algo positivo, gratificante, saudável, e o pior acreditando que isso é normal. Segundo Souza e Dias (2010), No Brasil, a Lei 10.241 de 17 de março de 1999, no parágrafo XVI assegura que o pai da criança tem o direito de participar das consultas do pré-natal, a parturiente também tem o direito de acompanhante durante o parto, esse acompanhante pode ser não só o companheiro, mas qualquer outro familiar, ou qualquer pessoa de sua confiança, além de também poder contar com a presença de uma profissional denominada doula. De acordo com Souza e Dias (2010, p.494): “A palavra doula vem do grego, mulher que serve. Mundialmente, este nome aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres, antes, durante e após o parto.” “Historicamente, foi usada para descrever aquela que assiste a mulher em casa após o parto, cozinhando para ela, ajudando a cuidar das outras crianças, auxiliando nos cuidados com o bebê, entre outras atividades domésticas.” (LEÃO; OLIVEIRA, 2006, p.25). No contexto atual, esse vocábulo refere-se à pessoa qualificada para estar ao lado, auxiliando a mulher em qualquer momento do período perinatal, seja na gravidez, no trabalho de parto ou na amamentação. Diante desse propósito, qual a importância das doulas na assistência emocional, conforto físico e orientação à parturiente? **OBJETIVO:** Assim sendo, esse trabalho tem como objetivo identificar na literatura a importância das doulas na assistência à mulher no pré-parto, parto, e pós-parto. **METODOLOGIA:** Estudo do tipo revisão integrativa de literatura, que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Para realização desse estudo, foram utilizados como base de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os descritores foram selecionados com base na terminologia em saúde (DeCS-BIREME) e são: Gestantes, Doulas, enfermagem Obstétrica. Em que foram cruzados gestantes com enfermagem Obstétrica e encontrado 22 artigos. E “doulas” foi utilizado na pesquisa separadamente. Em que foram utilizados apenas 06 artigos para a elaboração dessa revisão, selecionados através de alguns critérios. Sendo estabelecidos como critério de inclusão: artigos completos captados gratuitamente nas bibliotecas virtuais, em português, que respondesse à questão norteadora. E como critério de exclusão: artigos escritos em outros idiomas, estudos publicados em forma de carta ao editor, estudos publicados há mais de 15 anos. **RESULTADOS:** No Brasil, vamos encontrar dois tipos de Doulas, teremos a institucional e a particular, a institucional ela é voluntária ou contratada de um hospital para ajudar a equipe de enfermagem, já que muitas vezes não tem um tempo para prestar tantos cuidados antes do parto, no parto e nem após o parto, então a doula institucional irá dar uma assistência maior. Já a doula particular é contratada pela parturiente para ajudar a ela durante o seu período

gestacional, atuando durante a gestação com um trabalho de aconselhamento sobre o trabalho de parto e puerpério, assim como também no aconselhamento sobre a amamentação materna exclusiva, além dos desempenhos nos futuros cuidados com o recém-nascido. Dentro dos papéis principais das doulas, podemos destacar: o suporte emocional, que consiste em encorajar, tranquilizar e se manter presente constantemente; além do conforto físico através de massagens e compressa fria. Podendo também ofertar o suporte de informações, apoio as decisões e bastante diálogo, reduzindo assim a ansiedade através de toda a segurança e conforto repassado. As doulas se fazem necessárias pela orientação contínua e pela dedicação exclusiva, pois a equipe de saúde, muitas vezes, tem que prestar assistência a várias gestantes, ocorrendo assim um déficit na assistência prestada, enquanto a doula dedica-se apenas a uma parturiente, podendo presenciar se não todas, mas a maioria das dificuldades e anseios que ocorrem, principalmente, na primeira gestação. De acordo com Leão e Bastos (2001), em estudos realizados em um Hospital nos Estados Unidos com gestantes primigestas, observou-se que o grupo experimental que recebeu apoio das doulas teve menor taxa de anestesia peridural para parto normal, menor uso de ocitocina, diminuição das cesarianas, menor tempo de trabalho de parto, menor incidência de bebês retidos e com sepses neonatal. **CONCLUSÃO:** Diante do exposto, acredita-se que o fato da mulher ter outra figura feminina e experiente para apoiá-la, faz com que ela sinta-se mais segura durante todo esse período, no qual ocorrem muitas mudanças, e, muitas vezes, a mulher não está preparada, alivia as tensões, e faz com que tudo ocorra mais placidamente. O número de doulas vem crescendo continuamente, e aos poucos esses profissionais vêm ganhando espaço e se destacando no cenário atual, podendo encontrar também homens exercendo esse papel. A doula pode exercer um papel importante no pré-parto, parto e no período puerpério, porém por ser um assunto ainda novo e pouco conhecido, houve algumas dificuldades na elaboração desse trabalho, observou-se que o número de artigos nas bases de dados falando especificamente das doulas foi pequeno, e todos falando das mesmas questões, acredita-se que ainda há muito a se pesquisar sobre esses profissionais. O papel da doula ainda está se definindo e pode-se, ao longo do tempo, se tornar muito mais abrangentes do que os artigos encontrados apontam.

Palavras-chave: Gestantes. Doulas. Enfermagem Obstétrica.

REFERÊNCIAS

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEÃO, Miriam Rêgo de Castro; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: Experiência do Hospital Sofia Feldman. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n.3, p. 90-94, 2001.

LEÃO, Viviane Murilla; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de. O papel da doula na assistência à parturiente. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v.10, n.1, p. 24-29, 2006.



SANTOS, Denise da Silva; NUNES, Isa Maria. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem da Escola Ana Nery**, v.13, n.3, p.582-589, 2009.

SILVA, Raimunda Magalhães; BARROS, Nelson Felici; MELO, Laura Pinto Torres; et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p. 2783-2794, 2011.

SILVA, Raimunda Magalhães; JORGE, Herla Maria Furtado; MATSUE, Regina Yoshie; et al. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). **Saúde e Sociedade São Paulo**, v.25, n.1 p. 108-120, 2016.

SOUZA, Karla Romana Ferreira de; DIAS, Maria Djair. História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.4, p.493-499, 2010.

A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE, NAS PRÁTICAS VIVENCIAIS DO CUIDADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson
Ana Carolinna Souza de Holanda
Andreza Alves de Almeida
Daniele de Queiroz Fernandes
Emanuelle Máximo de Lima
Maria Marinah Souza do Nascimento

INTRODUÇÃO: De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde, a Política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde foi aprovada na forma de Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006, em virtude da crescente solicitação da população brasileira, por meio das Conferências de Saúde, bem como das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para formulação de políticas que visem à integração de sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos aos Sistemas Oficiais de Saúde ofertando-os pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, o estado do Rio Grande do Norte (RN), corroborando com o princípio da integralidade aprovou a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde do RN – PEPIC/RN, a qual atende as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, do plano Estadual do SUS. As Práticas Integrativas Complementares (PIC) tem como primordial a abordagem da atenção integral à saúde da população e no cuidado humanescente. Para o RN, consideram-se Práticas Integrativas Complementares: Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura; Homeopatia; Plantas Medicinais e Fitoterapia; Termalismo – Crenoterapia; Medicina Antroposófica; Práticas Corporais Transdisciplinares; Vivências Lúdicas Integrativas. (BRASIL, 2011). Baseado no princípio da integralidade percebe-se a importância da inserção das práticas integrativas no processo de formação do acadêmico de enfermagem no âmbito teórico-prático. **OBJETIVO:** Descrever a importância da inserção das práticas integrativas e complementares em saúde na formação do acadêmico de enfermagem no âmbito das práticas vivenciais do cuidado. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Facex (Unifacex) vivenciada na Unidade programática, Práticas Vivenciais do Cuidado III. O estudo é do tipo pesquisa-ação, sendo este uma modalidade de intervenção coletiva, com inspiração nas técnicas de tomada de decisão, associando atores e pesquisadores em atividades conjuntas de ação com a intenção de melhoria de uma situação precisa (FIGUEIREDO, 2009). **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Com a estimulação da utilização da visão holística e a descentralização da visão biológica das medidas do cuidar, as práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) vêm ganhando espaço e ampliando seus horizontes. As PICS têm como foco primordial a atenção integral à saúde dos indivíduos, dotada do princípio da humanescência. Essas práticas, em seu exercício estimulam a autonomia, autoconhecimento e suas relações extracorpóreas, políticas, culturais e sociais, articulando a tomada de novas atitudes. Diante a esta conceituação, a inserção das práticas integrativas e complementares no SUS, estabelece uma ação de ampliação de acesso e qualificação dos serviços, na

tentativa de envolver a integralidade da atenção à saúde da população. Em âmbito estadual a Política de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Norte foram aprovadas mediante a portaria Nº 274/GS, de 27 de junho de 2011, colocando como em destaque duas linhas de atuação para a implementação, as Práticas Corporais Transdisciplinares (PCT), metodologicamente, utilizam da multirreferencialidade de saberes científicos sobre o corpo para produzir movimentos, de forma ativa ou passiva, com objetivo de harmonizar processos energéticos na estrutura corporal e transc corporal do ser humano, agregando valores éticos, estéticos e espirituais e as Vivências Lúdicas Integrativas (VLI), as quais propiciam diferentes modos de sentir o fluir das emoções de alegria em contextos socioculturais específicos do adoecimento humano, buscando corporalizar o princípio de integralidade da vida. Pautados nos princípios dessas práticas foram realizadas vivências integrativas com as gestantes da Unidade Básica de Saúde (UBS) Parque das Dunas, situada no município de Natal/RN. De acordo com a Política de Humanização, a ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico apreendido como espaço social, profissional e de afinidades interpessoais, que deve harmonizar atenção acolhedora e humana. Nele seguem-se, primordialmente, três eixos. Dentre eles, podemos destacar informações que interagem com as pessoas, como som, iluminação e cheiro, de modo que o espaço permita a produção de subjetividade e o atendimento acolhedor. Nesse sentido, o espaço foi pensado e organizado para melhor acolher as gestantes, exaltando as cores, os odores, a músicas e os sabores, uma vez que uma cesta foi preparada, especialmente, para o momento. A vivência seguiu com as práticas corporais transdisciplinares, como alongamento que de acordo com LIPP (2007) é indicado na gravidez por trazer diversos benefícios funcionais, sendo uma atividade de baixo impacto que auxilia também o sistema respiratório, por trabalhar diretamente com a concentração do inspirar e expirar nos movimentos produzidos favorecendo também o processo de relaxamento sendo uma técnica que contribui com a harmonia da mente e do corpo, agindo diretamente na promoção da saúde. Massagens relaxantes foram realizadas e a música ao fundo completava a ação humanescente, após estes, as Vivências Lúdicas Integrativas deram continuidade ao processo ressaltando ação de educação popular em saúde sobre os cuidados gestacionais encenando a importância do vínculo afetivo do binômio mãe-filho. **CONCLUSÃO:** Pode-se considerar que a experiência vivenciada durante a Prática Vivencial do Cuidado III foi ímpar, promovendo momentos de criatividade, ludicidade, e, principalmente, de sensibilidade e reflexividade das ações e do processo formativo dos futuros enfermeiros humanescentes, que identificou durante todo o processo a interação das gestantes e a importância das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde destacando as Práticas Corporais Transdisciplinares e as Vivências lúdicas Integrativas no estabelecimento e fortalecimento de vínculo entre profissionais e usuários na busca da construção de uma nova prática possibilitando a melhoria constante da qualidade da atenção à saúde.

Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Práticas Vivenciais do Cuidado. Humanescência.

REFERÊNCIAS



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2007.

_____. Portaria Nº 274/GS, de 27 de junho de 2011. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) no Sistema Único de Saúde do RN. LIPP, Marilda Novaes. **Relaxamento para todos: Controle seu stress**. 10. ed. Campinas, SP. Ed.papirus, 2007.

COMISSÃO DE PELE NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, DETECÇÃO PRECOCE E REABILITAÇÃO DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE FERIDAS CRÔNICAS

Camila Araújo da Costa
Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson
Amanda Nayara P. Rodrigues

INTRODUÇÃO: A assistência de enfermagem direcionada ao paciente portador de lesões crônicas constitui um conjunto de intervenções, tendo em vista que inúmeros fatores interferem no processo de cicatrização das feridas como a idade, raça, infecções e comorbidades. O cuidado aos pacientes acometidos por feridas é uma especialidade da Enfermagem, reconhecida pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Dermatológica (SOBENDE) e Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST). Comissão de pele, Grupo de Avaliação de Pele, Equipe de Prevenção e Tratamento de Feridas, são algumas das denominações da equipe em que os profissionais estão envolvidos na prevenção e tratamento de lesões cutâneas. São Gonçalo do Amarante é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Norte, situado na mesorregião do Leste Potiguar e microrregião de Macaíba de acordo com levantamento da atualização, referente à territorialização realizada pelas equipes da ESF, foi detectado um crescimento sensível de usuários portadores de lesões crônicas. A partir desse fato, foi instituída a comissão de pele do município formada por equipe multiprofissional, visando assim à integralidade da atenção e assistência.

OBJETIVO: Objetiva-se neste resumo relatar a importância da implantação de uma equipe de prevenção e tratamento de feridas crônicas no âmbito da atenção básica.

METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência, vivenciado pela Comissão de pele formada por equipe multiprofissional da Atenção Básica do município de São Gonçalo do Amarante/ RN, que realiza desde 2014, a avaliação integral com frequência semanal do usuário acometido por ferida crônica. O estudo é do tipo pesquisa-ação, sendo uma modalidade de intervenção coletiva, com inspiração nas técnicas de tomada de decisão, associando atores e pesquisadores em atividades conjuntas de ação com a intenção de melhoria de uma situação precisa (FIGUEIREDO, 2009). Nesse ínterim, a Pesquisa-ação trata de uma ação deliberada de transformação da realidade, ou seja, uma pesquisa que possui duplo objetivo: transformar a realidade e produzir conhecimentos relativos a essas transformações (BARBIER, 2002). Por ser um método participativo de pesquisa, que busca ampliar os conhecimentos e também alterar as circunstâncias dos indivíduos para melhor envolvê-las no processo de pesquisa, é um processo complexo que exige habilidades em pesquisa e educação para mudança (SAKS; ALLSOP, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÕES: Dentre as lesões de pele com maior ocorrência destacam-se: as úlceras por pressão (UP), lesões de pele que ocorrem com frequência quando o tecido mole é comprimido sobre uma proeminência óssea e uma superfície rígida, ou há pressão juntamente com a presença de força mecânica como cisalhamento e/ou fricção. Essa compressão sobre as estruturas ósseas, por um período de tempo, compromete a circulação do sangue causando morte celular e, conseqüentemente, o aparecimento da úlcera (MATOS; DUARTE; MINETTO, 2010). Nesse sentido, podem-se enumerar diversos fatores desencadeantes das feridas crônicas: idade, mobilidade reduzida ou ausente, sedação, desnutrição, edema, incontinência fecal e urinária. Nos casos das úlceras de pressão, podem

desencadear complicações adicionais como: comprometimento da autoimagem, dor, sofrimento, eleva o índice de morbimortalidade, aumenta o tempo tratamento, o custo com cuidados e um enorme encargo financeiro para os serviços de saúde (SILVA et al., 2010). Diante da realidade brasileira, as feridas constituem um grave problema referente à saúde pública, tendo em vista o elevado número de pessoas com alterações na integridade da pele. Neste ínterim, o alto índice de feridas crônicas contribui diretamente com o aumento investimento financeiro de ordem pública, além de interferir diretamente na qualidade de vida destes usuários. Faz-se necessário que o profissional seja habilitado, assegurando um cuidado ao paciente livre de danos resultantes de negligência, imperícia e imprudência, bem como um olhar integral uma vez que as feridas crônicas promovem outros problemas aos pacientes, como o sofrimento físico e psíquico resultante da dor, odor e aspecto dessas lesões. Mandu et al (2009) menciona que as práticas de cuidados das feridas crônicas passaram por diversas transformações, ao longo dos tempos, instigando de forma direta os conhecimentos técnico-científicos bem como a atuação holística dos profissionais de saúde. Santos (2007) reafirma que para minimizar estes e tantos outros desgastes de ordem econômica e social é de extrema importância a equipe multiprofissional proporcione uma assistência global, atendendo às necessidades biopsicossociais, para melhorar as condições de vida. Dantas Filho (2006) faz referência não apenas a importância ao tratamento de lesões propriamente dito e ressalta a necessidade de reflexões diante das questões individuais e coletivas, destes uma vez que em muitos momentos situações que abrangem as dores, a estética e – principalmente - a autoestima podem interferir diretamente no processo de recuperação desse ente. Foi realizando levantamento e cadastramento dos portadores de feridas crônicas no município e instituída a comissão de pele formada por uma equipe multiprofissional, visando assim à integralidade da atenção e assistência **CONCLUSÃO:** Diante do exposto, podemos afirmar a importância da Comissão de pele do município de São Gonçalo do Amarante formada por uma equipe multiprofissional que elaborou um protocolo de feridas crônicas focando a normatização, apoio, acompanhamento e suporte dos casos, com a finalidade de padronizar condutas/normas focando a qualidade da assistência e acrescido a esta prática desenvolvem ações de promoção, prevenção, detecção precoce e reabilitação assegurando assim uma prática individual e coletiva, contínua e integral.

Palavras chave: Feridas Crônicas. Comissão de Pele. Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

BARBIER. R. **A pesquisa-ação.** Tradução de Lucie Didio. Brasília, DF: Líber Livro Editora, 2002.

FIGUEIREDO, P. R. **Pesquisa-ação.** 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/21496/1/pesquisa-acao/pagina1.html>> Acesso em: 27 mar. 2016.

MANDU, E. N. T.; GAÍVA, M. A. M.; SILVA, A. M. N. Necessidades de vida de famílias: desafios para a estratégia saúde da família. **Ciênc. Cuid. Saúde**, 2009.

DANTAS FILHO, U.P. Aspectos éticos do tratamento de feridas. In: JORGE, S.A; DANTAS, S.R.P.E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2006, cap 2. p. 7-10.

MATOS, L. S.; DUARTE, N. L. V.; MINETTO, R. de C. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. **Rev. Eletrônica Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 719-726, 2010.

SANTOS V. L. C. G. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio. In: DUARTE, Y. A. O; DIOGO M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu; 2007.

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO INTEGRATIVA TRANSDISCIPLINAR EM SAÚDE

Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson
Tayssa Suelen Cordeiro Paulino
Isabel Cristina Araújo Brandão
Cybele Maurício Queiroz de Souza
Wendell Wesley da Silva

INTRODUÇÃO: Em nosso processo de desenvolvimento, aprendemos para sobreviver e ensinamos para prolongar, registrar e expandir um pouco de nossas vidas para o mundo. Agimos de acordo com nossos instintos, buscamos responder às nossas necessidades, construímos relações, adentramos em nosso corpo, aperfeiçoamos o trabalho, criamos novas formas de produção de vida e com isso experienciamos, diariamente, o processo educativo, nos tornando cotidianamente educadores no mundo. E nesse mundo, mediante a essas relações e produções, tecemos os saberes técnicos que regem o nosso fazer profissional, prático e sustentável e, sobretudo os saberes da vida, com os quais passamos a significar e compreender a complexidade da existência. Processo socializador e dinamizador da vida humana, a educação é indispensável para a manutenção da vida e com ela nos tornamos sujeitos do conhecimento, somos inseridos como participantes e autores do contexto social apropriamos-nos dos instrumentos, tornando-nos produtores e produto da cultura humana. Aqui, conhecer e educar são processos que se complementam e nutrem-se, mutuamente. Nessa perspectiva, as diferentes dimensões do homem são ativadas, na busca de uma organização interior relacionada ao mundo exterior, ou seja, em favor da autopoiese humana. Implicando nesse sentido, as Práticas Integrativas Complementares - PICs, pautadas no cuidado humanescente vêm contribuir com o processo educativo transdisciplinar uma vez que seu exercício estimula a autonomia, a observação de si mesmo e de suas relações com os diversos ambientes, possibilitando a elaboração de novas atitudes. **OBJETIVO:** Descrever a importância da complementaridade das Práticas educativas e integrativas no processo de educação em saúde. **METODOLOGIA:** Para realização deste resumo, foram revisados artigos científicos disponibilizados na base de dados do portal de periódicos Capes e dissertações/teses disponíveis no repositório de bibliotecas digitais de instituições de ensino superior. Para tal, foram analisados apenas trabalhos que contemplavam a educação em saúde, a transdisciplinaridade e as Práticas Integrativas e Complementares em saúde. Por se tratarem de variáveis qualitativas, os dados foram analisados quanto às contribuições, através da técnica de análise de conteúdo. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O cuidar - que para Boff (2000) envolve o acolhimento, o resgate da essência humana e o respeito à sacralidade do outro -, é percebido nas escolas como o desenvolvimento de cuidados primários, como a higiene, a alimentação e o descanso das crianças. No entanto, considerando-se a complexidade evidenciada na compreensão de Boff, sabe-se que o cuidar vai além da execução de tarefas de ordem assistencial, o cuidar envolve o olhar para o outro, o estar próximo, estender as mãos e disponibilizar também os demais sentidos. O cuidar exige o relacionar-se. Com o cuidado, desvelam-se também processos educativos, pois o indivíduo se apropria de experiências que auxiliam na produção do sentido existencial. Segundo a teoria biológica do conhecimento, defendida por Humberto Maturana e Francisco

Varela (2001), para viver o conhecer e efetivar a educação necessitamos compreender o ser vivo como unidade sistêmica. Uma unidade que se constitui da união de estruturas, da relação que essas estruturas estabelecem com o meio, para a manutenção e a evolução da organização. Para esses pesquisadores, estrutura e organização são dimensões fundamentais do ser vivo, pois são elas que mobilizam os corpos, permitindo que eles aprendam e se reconstruam com cada experiência vivida. Como processo biológico a educação exige dos sujeitos que dela fazem parte o conhecimento e o cuidado de si, ou seja, a saúde, bem-estar e qualidade de vida. Jacques Delors (2006) refere à necessidade de uma aprendizagem, ao longo de toda vida, fundamentada em quatro pilares, dessa forma, o que se defende é a necessidade de vivenciarmos uma educação que é assegurada nesses pilares do conhecer, fazer, ser e conviver integre distintos saberes, considere a subjetividade humana no processo de produção do conhecimento e que permita a corporalização dos saberes a partir das vivências. Nesse ínterim, podemos observar de que o corpo para sua corporalização e comunicação expressiva faz-se necessário utilizar a espiritualidade, o próprio corpo, a ludicidade, sentimentos e a imaginação, sendo essas ferramentas integrativas do Ser (PEREIRA, 2008) Visando este o cuidado humanescente abordado nas Práticas Integrativas Complementares- PICs, vem contribuir com o processo educativo transdisciplinar possibilitando o aprendizado contínuo e que perpassa o aprender a ser, a fazer, a cuidar, a amar, a contar, a ouvir, a aprender e o aprender a deixar que o outro participe da sua vida. O sujeito constrói saberes não apenas para a sua atuação profissional, mas para a vida uma vez que seu exercício estimula a autonomia, a observação de si mesmo e de suas relações com os diversos ambientes, possibilitando a elaboração de novas atitudes sendo o entre e o além, a educação integrativa transdisciplinar possibilita o intercâmbio entre os aspectos subjetivos e objetivos da educação em saúde. Ela nos autoriza a investir nas relações, estimulando-nos a olhar o espaço em que habitamos; o tempo de nossas ações e nossa história; e os sujeitos com os quais compartilhamos as experiências que marcam nossos corpos e nossas vidas. Buscando essa forma de perceber o conhecimento, revivemos situações, estabelecemos redes de aprendizado, despertamos para o sonho, desvendamos talentos, reconhecendo o profano e o sagrado de cada ser que compõe a trajetória do saber. **CONCLUSÃO:** Diante do exposto, evidencia-se que a compreensão e o fazer educativo em saúde, pautado nas práticas educativas e integrativas, direcionam a aprendizagem transdisciplinar, que através do pensamento complexo e da ludicidade, mediante a ludopoiese, constitui-se em práticas que irão permitir a formação harmoniosa, adequada, condizente com as realidades de cada indivíduo, bem como a edificação de saberes para a vida, aspecto ímpar desse novo paradigma do processo educacional.

Palavras-chave: Educação Integrativa. Transdisciplinaridade. Pedagogia Vivencial Humanescente.

REFERÊNCIAS

BOFF, L. **A voz do arco-íris**. Brasília: Letra viva, 2000.



BRASIL. Portaria Nº 274/GS, de 27 de junho de 2011. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) no Sistema Único de Saúde do RN.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez UNESCO, 2006.

MATURANA, H; VARELA, F. J. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. São Paulo: Palas Athena, 2001.

PEREIRA, L. H. Corpo e Psique: da dissociação à unificação – algumas implicações na prática pedagógica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo/SP, v. 34, n. 1, p. 151-166, 2008.

A ÉTICA DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Stefany Jucélia da Silva Lima
Artemiza Maria Gomes de Paula
Fábio Claudiney da Costa Pereira
Tayssa Suelen Cordeiro Paulino
Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson
Clélia Albino Simpson

INTRODUÇÃO: O atendimento pré-hospitalar (APH) é a assistência prestada de forma direta ou indireta fora do ambiente hospitalar, utilizando qualquer recurso disponível. Pode ser desde uma orientação médica até a remoção de uma vítima do local da ocorrência por um serviço de suporte básico ou avançado dependendo da situação do paciente. Esse atendimento reduz os agravos acometidos por trauma tendo em vista diminuir as complicações acometidas nas urgências e emergências e o conseqüente número de mortalidade. As ações realizadas pelos enfermeiros como também pelos demais profissionais devem ser relacionadas com os princípios éticos e legais que proporcionam a melhor direção diante os dilemas nas condutas adotadas. Esses profissionais devem assegurar uma assistência segura, sem que haja riscos para as vítimas. Além de transmitir capacidade, segurança e autonomia, a equipe tem que ter consciência sobre a sua responsabilidade na tomada de decisões, avaliando assim sua competência científica, técnica e ética que é um conjunto de fundamentos e valores que são relevantes para a sociedade, pois estão firmados na humanidade mediante a conduta de cada indivíduo. A ética profissional é um indicador de como agir em determinadas situações em que cada comportamento social é norteado por procedimentos racionais regidos por leis, contudo significa exercer o bom senso mediante situações em que o atendimento prestado no serviço também põe em risco a vida do profissional. Assim, o estudo partiu da seguinte questão de pesquisa: Qual a importância da equipe de enfermagem prestar um atendimento ético no âmbito pré-hospitalar? Para responder a esse questionamento, objetiva-se descrever a importância da equipe de enfermagem prestar um atendimento ético no âmbito pré-hospitalar.

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, na característica de revisão integrativa que é a construção de uma análise da literatura contribuindo assim para discussões sobre os resultados obtidos das pesquisas, permite reflexões acerca estudos futuros e obtém um entendimento detalhado sobre determinados fenômenos baseados em pesquisas anteriores. Com o propósito de depurar e conduzir as análises dos resultados, ou seja, da literatura investigada, lançou-se o seguinte questionamento: qual a importância da equipe de enfermagem prestar um atendimento ético no âmbito pré-hospitalar? Em seguida foi realizada a seleção dos estudos, para isso foram utilizadas duas bases de dados, são estas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) nos meses de julho a outubro de 2015. Sendo utilizados os seguintes descritores: “ética em enfermagem”, “SAMU” e “enfermagem em emergência”. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos estudos foram artigos completos disponíveis e que respondessem à questão norteadora da pesquisa. E como critérios de exclusão estudos em formato de editorial, monografia, teses de dissertação, carta ao editor, revisão e opinião de especialistas. Os estudos foram selecionados a partir de três aspectos: análise de título, ponderação de

resumo e avaliação minuciosa do texto completo. Os artigos que não continham títulos relacionados ao tema desta pesquisa foram excluídos da segunda parte de análise, e os que não continham resumos objetivando o cuidado ético de enfermagem no APH foram excluídos da terceira parte da análise. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O enfermeiro que atua no APH tem que apresentar como perfil profissional capacidade física e mental, equilíbrio emocional, facilidade em relacionar-se em equipe e obter, cada vez mais, a qualificação diante do conhecimento científico atualizado, pois como participante ativo no atendimento prestado é de sua responsabilidade a ética na assistência. Entre as suas delegações estão: supervisão e avaliação das ações da equipe de enfermagem, efetivar as prescrições médicas, ofertar cuidados de maior complexidade a usuários com a vida em risco e sustentar decisões imediatas. O enfermeiro além de dinâmico deve ser ético, focando em um atendimento humanizado através de um serviço igualitário, organizado que sempre busca controlar as técnicas de gestão, como facilitar a demanda de resultados que valorizem o trabalho em equipe e assim é fundamental ter avanços para a construção de um paradigma mais cooperativo da gerência valorizando a educação permanente. Diante disto, a equipe de enfermagem tem a competência para atuar em ambientes variados em que as decisões tomadas vão de contrapartida com o tempo em que a situação exige, também são capacitadas para desenvolver atividades educativas e cooperar em acidentes catastróficos. Para ter uma perspectiva ética do cuidado ofertado pela enfermagem há prioridade em obter estratégias que fortaleçam a atuação do enfermeiro não somente como assistencialista, também como coordenador, pois este se relaciona diretamente com os usuários do serviço. Essa relação interpessoal deveria ser considerada prioridade durante a formação acadêmica do profissional visto que o pensamento crítico e reflexivo está associado com as decisões tomadas diante as situações. A qualidade do processo de cuidar com segurança beneficiando assim a população é um interesse da enfermagem, em que os princípios éticos partem do pressuposto da beneficência, justiça, autonomia e respeito pela predileção de cada sujeito no seu cuidado. Como este serviço exige diariamente que os profissionais lidem com ocorrências estressoras o trabalho do enfermeiro deve ser efetivo, incentivando e propiciando a equipe o pensamento crítico acerca das atribuições e o cuidado com os usuários obtendo assim uma produção mais eficaz. Para que haja esta possibilidade todos os envolvidos no processo de trabalho, que é a transformação de um objeto em um determinado produto através do ser humano que utiliza de instrumentos para fornecer um serviço de grandeza para o mesmo, em que os métodos empregados necessitam de uma continuidade planejada, perspicaz e apropriada para obter o resultado desejado, deve estar articulados e integrados para alcançar a autonomia e responsabilidade com um trabalho que permita a participação ativa e praticar o pensamento criativo, construindo uma concepção moderna e humanística. **CONCLUSÃO:** Com isso, pode-se afirmar que o APH é um serviço de grande importância para a saúde pública, por isso é necessário que os profissionais busquem a melhoria, nos atendimentos ofertados a população, conhecendo a estrutura organizacional, as redes articuladas, as políticas e protocolos apresentados. Faz-se urgente desde a graduação formar um profissional ético, principalmente os que trabalham diretamente com os serviços de urgência e emergência, reconhecendo que a Enfermagem, cada vez mais, tem seu valor aprimorado devido à competência mostrada em lidar com o estresse diário de acordo com o aumento da demanda e as situações de risco.

Palavras-chave: Ética em Enfermagem. SAMU. Enfermagem em Emergência.

REFERÊNCIAS

BALBINO, Suzana Medeiros et al. Aspectos ético-legais relacionados à assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar. In: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 13., 2012, Natal. **Anais eletrônicos...** Natal, 2012. Disponível em:

<<http://189.59.9.179/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I21201.E8.T4341.D4AP.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2015.

BUENO, Alexandre de Assis; BERNARDES, Andrea. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 45-53. 2010.

ROSENSTOCK, Karelline Izaltemberg Vasconcelos et al. Aspectos éticos no exercício da enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 727-733. 2011. Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/25444/17067>>. Acesso em: 08 nov. 2015.

A ENFERMAGEM NO TRATAMENTO COM A OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

Ariadna Maria Rocha Diniz
Luana Teixeira Muniz
Mariana Cavalcante Felipe
Maria de Lourdes da Silva
Isabel Cristina Araújo Brandão
Karolina de Moura Manso da Rocha

INTRODUÇÃO: Etimologicamente, hiperbárico é o termo composto pelos radicais hiper + baros. Hiper é um prefixo grego que indica excesso ou acima; baros, também oriundo do grego, indica pressão, peso ou densidade. Oxigenoterapia (oxis= ácido; genao = produzir; therapeia = tratamento) é o tratamento por inalação de oxigênio (LACERDA, 2006). As câmaras hiperbáricas são equipamentos resistentes à pressão e podem ser de dois tipos - multipaciente e o monopaciente (RESOLUÇÃO CFM nº 1.457/95). A câmara *monoplace*/ monopaciente, onde o paciente fica sozinho, deitado, numa câmara transparente, repleta oxigênio com concentração de 100%, com 2 a 3 ATM; ou câmara *multiplace*/ multipaciente, que pode acomodar de 4 a 20 pessoas, em que todos ficam num ambiente com ar comprimido, também em altas pressões, enquanto inalam oxigênio puro em máscaras. A efetividade de ambos os tipos de câmara é idêntica, porém a câmara *multiplace* é melhor para pacientes claustrofóbicos. Em uma pessoa saudável, com níveis de hemoglobina dentro da normalidade, numa pressão de 1 ATM, a concentração de O₂ no sangue é de cerca de 20ml/100ml. Nas condições de um tratamento de oxigênio hiperbárico, essas concentrações podem se elevar de 15 a 25 vezes. O aumento dessa concentração no corpo tem repercussões muito importantes, pois muitas doenças crônicas podem causar alterações vasculares que impedem a distribuição adequada do oxigênio nas células do corpo, a OHB permite que o oxigênio alcance estes locais e acelere o processo de cicatrização já que o oxigênio atua como substrato para enzimas que atuam nesse processo. O oxigênio, em altas concentrações, ainda pode reduzir a gravidade e até ajudar a combater muitas infecções, por seu efeito tóxico a diversas bactérias. Dentre as indicações mais importantes, são os tratamentos de úlceras varicosas, complicações de feridas cirúrgicas, lesões secundárias causadas por tratamentos de radioterapia e pé diabético. O pioneiro dessa técnica, no Brasil, foi professor Dr. Álvaro de Ozório de Almeida, com estudos sobre fisiologia e ação oxigenoterapia hiperbárica, tendo ele realizado cerca de 1930 trabalhos clínicos e experimentais. A medicina hiperbárica se divide em: atividade profissional e saúde ocupacional de mergulhadores, ou seja, ligado à medicina do trabalho, enquanto que a outra área está voltada à aplicação da OHB em ambiente hospitalar. A função da enfermagem, no tratamento hiperbárico, compreende orientar, acompanhar e observar o paciente durante a realização do procedimento de OHB, cumprimento das tabelas de tratamento, tais como: TPD (Tabela Padrão de Descompressão) TDSO (Tabela de Descompressão com o Uso de Oxigênio), TLSD (Tabela sem Limite de Descompressão), observar os efeitos colaterais da OHB, bem como fornecimento do suporte básico à vida em caso de eventuais acidentes, convulsão ou intoxicação pulmonar ou neurológica (LACERDA et al, 2006).
OBJETIVOS: Conhecer na literatura as ações da assistência de enfermagem, identificando os benefícios da aplicação da OHB na cicatrização das feridas de difícil cicatrização. Pretende-se contribuir para a sua divulgação dessa na comunidade

científica, de forma a ser usada como terapia complementar no tratamento eficaz de feridas complexas. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura, com base em artigos disponíveis no portal da biblioteca virtual em saúde BVS/Bireme, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), na Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na literatura impressa. Os seguintes descritores foram utilizados sozinhos ou em combinação: “oxigenoterapia hiperbárica”, “processo de cicatrização”, “oxigenoterapia e enfermagem”. Os critérios de inclusão dos artigos para esta revisão bibliográfica reportam estudos sobre a temática, publicados entre os anos de 2000 a 2016, em língua portuguesa, em forma de texto completo. Os critérios de exclusão adotados foram estudos que não respondessem ao objetivo proposto e que não estivesse disponível em texto completo. Os dados foram coletados entre abril de 2015/2016. **RESULTADOS:** A OHB consiste na inalação de O₂ num grau de pureza muito próximo a 100%, estando o indivíduo submetido a uma pressão maior do que a atmosférica (2 a 3 atm.), no interior de uma câmara com capacidade para acomodar um paciente por vez (câmara monopaciente ou monoplacé) ou para diversos pacientes (câmara multipaciente ou multiplacé), com intuito de melhorar e acelerar a resposta a tratamentos tradicionais, funcionando como terapia adjuvante ou complementar, fornecendo O₂ para tecidos que não está recebendo suporte necessário para manter seu funcionamento adequado/normal, ativando a circulação sanguínea, o que acentua o poder de cicatrização. As câmaras hiperbáricas atuam utilizando-se de dois princípios científicos, ensinados comumente no Ensino Médio: A lei de Boyle, que mostra a relação entre volume e pressão para os gases, de forma que ao se injetar grandes quantidades de gás em uma câmara fechada e inelástica a tendência é que a pressão dentro desse sistema aumente; e a lei de Henry, que mostra que num sistema de temperatura constante, o aumento da pressão parcial de um gás torna-o mais solúvel na água (MATIAS, 2014). Os resultados achados com este eficiente tratamento incluem ações como: aceleração no processo de cicatrização, potencialização na antibioticoterapia, osteogênico, musculo protetor, importante papel na angiogênese, na síntese de depósito de colágeno e na resistência e combate a infecção, anti-inflamatório e ativador celular. A OHB é uma técnica segura que apresenta poucas contraindicações, como o uso de drogas quimioterápicas, o pneumotórax não tratado e a gravidez. Vieira (2004) afirma que indivíduo ao se enquadrar nas indicações desse tratamento, deve solicitar na Defensoria Pública que este entre com ação judicial para que se cumpra o que lhe é assegurado por lei, conforme a Constituição Federal do Brasil/88, Art. 196. *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.* São necessários documentos pessoais, tais como: RG, CPF, comprovante de renda e de residência, prescrição/requisição médica (contendo obrigatoriamente identificação do médico, CID da doença apresentada para o tratamento e procedimento que será realizado). Quanto aos cuidados de enfermagem realizados por enfermeiros e técnicos e operadores de câmaras hiperbáricas, visa o conforto, segurança e prevenção de acidentes; detecção precoce de possíveis intercorrências para intervenções imediatas, a partir de avaliação geral do paciente. Estes cuidados devem ser prestados desde a chegada do paciente ao serviço para tratamento até a sua saída (ALCANTARA, 2010). Após

a resolução do CFM de 1457/95, a medicina hiperbárica foi reconhecida e regulamentada, no Brasil, o que levou a um maior aparecimento das clínicas de OHB em todo país, chegando a 35 centros em 2002. Em 2010 a OHB foi incluída no Roll de procedimentos da ANS, obrigando os planos de saúde arcar com as despesas do tratamento, levando a um rápido crescimento no número de clínicas, no Brasil. Segundo a Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica (SBMH), atualmente, existem mais de 100 clínicas, em todo país (VIEIRA, BARBOSA, MARTIN, 2011). **CONCLUSÃO:** O estudo do papel do profissional de enfermagem no tratamento hiperbárico é de suma importância para a disseminação do conhecimento e o despertar para uma área tão importante como o tratamento com a OHB. Apesar de todo esse crescimento com passar dos anos, a medicina hiperbárica é pouco conhecida tanto pela população em geral quanto pela classe médica em nosso país, observando-se que a falta de conhecimento e a dificuldade de disseminação do conhecimento sobre a medicina hiperbárica é o principal fator dificultador do bom desempenho do tratamento. Percebe-se que atuação do profissional da enfermagem nesta terapêutica é importante, todavia ainda há poucos cursos específicos aos profissionais da área da enfermagem. A capacitação profissional e atualização continuada são fundamentais para esse tipo de terapêutica, tendo em vista contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem, pois auxilia no direcionamento e adequação do cuidar. Vale salientar que, no Brasil, existem poucos centros hospitalares de OHB cadastrados, cerca de 90, sugerindo inclusão de capacitação técnico-profissional em cursos e escolas de enfermagem, gerando reflexos na qualificação do profissional ao mesmo tempo em que aumenta a divulgação e relevância deste tratamento para a população em geral.

Palavras-chave: Enfermagem. Feridas. Cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALCANTARA, L. M. et al. Aspectos legais da enfermagem hiperbárica brasileira: por que regulamentar? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.2, p. 312-316, mar./abr. 2010.
- ALMEIDA NETO, A. B. **Saúde do trabalhador que atua em câmaras hiperbáricas:** revisão literária. Jun. 2013.
- LACERDA E. P. et al. Atuação da Enfermagem no Tratamento com Oxigenoterapia Hiperbárica. **Rev. Latino-americana**. Ribeirão Preto/SP, v.14, n.1., 2006.
- SILVA, M. C. C., PEZZUTTO, T. M. características de usuários submetidos à oxigenoterapia hiperbárica num serviço especializado. **Rev. Cuid. Arte Enfermagem**. Catanduva/SP, v. 6 n. 2, p. 53-111, jul./dez. 2012.
- VIEIRA, W. A.; BARBOSA; L. R. MARTIN, L. M. M. Oxigenoterapia hiperbárica como tratamento adjuvante do pioderma gangrenoso. **An Bras Dermatol.**, Londrina/SP, v. 86, n.6, p.1193-6, 2011.



MATIAS, F. C. **Avaliação e aspectos gerais da medicina hiperbárica no Brasil.**
TCC, Governador Valadares – MG. 2014. Disponível em:
<<http://www.sbmh.com.br/2015/images/pdf/2avaliacao.pdf>>. Acesso em: maio 2016.

ALEITAMENTO MATERNO: FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE

Edilene Ferreira da Silva
Rhuama Karenina Costa e Silva

INTRODUÇÃO: O ato de amamentar pode ser compreendido como algo complexo e que envolve múltiplos fatores. A amamentação é um ato biologicamente programado na espécie humana, mas que sofre a interferência de fatores sociais, econômicos, sociais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais. Por consequências dessas interferências, pode-se observar a existência de uma dicotomia entre um ato biologicamente programado e a influência da cultura (GIUGLIANI, 2000). O Ministério da Saúde (2009) reconhece o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) como a prática da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida da criança, sem a introdução de outros alimentos ou leites de origem animal ou artificial; e de forma complementar até os dois anos de idade. Este ato irá interferir no que se refere à nutrição da criança, defesa contra infecções, fisiologia, desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde de modo geral em longo prazo, além de estar relacionada com a saúde física e psíquica da mãe (GIUGLIANI, 2000). Inúmeras causas são atribuídas como percussoras do desmame, que vão desde fatores inerentes à mãe a fatores associados ao recém-nascido. Estudos apontam causas de desmame precoce, dentre eles: enfermidades maternas, uso de medicamentos por parte das mães, oferta por terceiros de outros tipos de alimentos ao lactente, rotina externa de trabalho, problemas relatados como “falta de leite”, “leite fraco”, recusa do bebê, alterações nas mamas – pega inadequada, razões ligadas ao ambiente, a personalidade dessas mães, ao desejo de amamentar, emoções vividas, relação familiar, influências culturais, ausência de suporte, desinformação/falta de conhecimento, baixo nível de escolaridade (ARAUJO et al, 2008; DIOGO; SOUZA; ZOCCHÉ, 2011; FUJIMORI et al, 2010; FROTA et al, 2009). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS 2001), crianças que deixam de ser amamentada precocemente apresentam mais risco de doenças, como as cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, doenças alérgicas e os desvios nutricionais, apresentados pelo sobre peso e pela obesidade. Experiências no âmbito da Estratégia de Saúde da Família trouxeram a percepção da dificuldade de as lactentes manterem o aleitamento materno. Diante do exposto, nos questionamos: Quais as principais dificuldades vinculadas ao desmame precoce? E com o resultado da busca na literatura para esse questionamento, objetiva-se, com essa pesquisa, verificar as principais dificuldades vinculadas ao desmame precoce. **METODOLOGIA:** Realizada pesquisa bibliográfica, através da utilização de produções científicas nacionais na Biblioteca Virtual de Saúde – BVS, através das seguintes bases indexadoras: Literatura Latino-Americana (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). A coleta foi realizada em outubro de 2015 e abrangeu as etapas seguintes: definição dos descritores, busca dos trabalhos e seleção dos trabalhos pertinentes. Foram usados os seguintes descritores: “Aleitamento Materno”, “Desmame Precoce”, e “Nutrição da Criança” de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (Decs). Os critérios de inclusão utilizados foram: artigo científico, publicados em Língua Portuguesa, limitando-nos a trabalhos completos disponíveis gratuitamente online, publicados entre 2005 e 2015, e que se relacionassem com o tema proposto. Os critérios de exclusão foram os artigos disponíveis em mais de uma base de dados, permanecendo apenas um dos

que se apresentavam repetidos, teses, dissertações, e que não atendiam aos critérios de inclusão. Após a busca, realizou-se a leitura dos resumos, e posteriormente do trabalho na íntegra, em que se excluíram os que fugiam à temática central. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Após a busca, compuseram a revisão 10 artigos científicos. Esses resultados mostraram que a recomendação de aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade não acontece frequentemente, mostrando a necessidade que se tem em manter esta prática, no decorrer dos seis primeiros meses de vida do bebê (OMS, 2001). A amamentação não deve está isoladamente relacionada com a manutenção da saúde da criança, os benefícios vão muito além da alimentação. Sendo considerado, portanto, como um gesto simples de amor bastante significativo na relação mãe/bebê, os quais interagem entre si, gerando assim maior segurança entre ambos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (2009) afirma que este gesto não envolve só a nutrição da criança, é um processo de intensa interação entre mãe e filho, que influencia no estado nutricional do bebê, em suas defesas contra infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe. Observou-se nos estudos encontrados que o processo de lactação se depara com muitas barreiras, como mitos, dificuldades sociais, culturais e econômicas, para que o aleitamento materno exclusivo possa acontecer; além de fatores que influenciam na sua duração, como pega inadequada, “falta de leite”, “leite fraco”, recusa do bebê, alterações nas mamas, falta de conhecimento, baixo nível de escolaridade. Um dos fatores de grande influência para o desmame precoce, segundo os estudos, está na falta de conhecimento sobre aleitamento materno por parte das mães, o que leva a redução da duração dessa prática. Toda mulher, diante da crença de que é capaz de vivenciar a experiência da amamentação com sucesso, estará preparada para exercê-la, a partir do conhecimento dos aspectos básicos e práticos da amamentação. É possível destacar, portanto, o importante papel que os profissionais de saúde desempenham na assistência às nutrizes. Para tal, tem-se a necessidade da constante atualização dos conhecimentos e habilidades, tanto no manejo clínico da lactação como na técnica de aconselhamento. Dessa maneira, o profissional de saúde estará cumprindo com o seu papel e colaborando com a garantia do direito de toda a criança de ser amamentada, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (GIUGLIANI, 2000; GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004; Azeredo, 2008). **CONCLUSÃO:** Apesar de a amamentação exclusiva ser recomendada até o sexto mês de vida e complementos até os dois anos de idade, muitas mães deixam de amamentar seus filhos precocemente. Inúmeras causas são atribuídas como percussoras do desmame que vão desde fatores relacionados às próprias mães como fatores relacionados aos recém-nascidos. Assim, as principais causas de desmame precoce encontradas no presente estudo foram: situação conjugal e paridade materna, além de falta de conhecimento e problemas relatados como “falta de leite”, “leite fraco”, recusa do bebê, alterações nas mamas – pega inadequada, enfermidades maternas, uso de medicamentos por parte das mães, oferta por terceiros de outros tipos de alimentos ao lactente, razões ligadas ao ambiente, a personalidade dessas mães, ao desejo de amamentar, emoções vividas, relação familiar, influências culturais, ausência de suporte, desinformação/falta de conhecimento, baixo nível de escolaridade. A importância que os profissionais de saúde apresentam na função de agente capaz de auxiliar, direcionar as habilidades, orientando e visando sempre à

promoção, proteção e prevenção de agravos à saúde, cuidando não só do bem-estar do bebê e da mãe, mas da família como um todo.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Desmame Precoce. Nutrição da Criança.

REFERÊNCIAS

GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 76, supl. 3, p. S238-S252, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-s238/port.pdf>>. Acesso em: 19 set 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAÚDE DA CRIANÇA: **Nutrição Infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Caderno de Atenção Básica, n. 23 Ministério da saúde 2009. Editora MS.

ARAÚJO, Olívia Dias et al. Aleitamento Materno: Fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n.4, p. 488-492, Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400015>. Acesso em: 15 out. 2015.

DIOGO, Emanuella Freitas; SOUZA, Taiane; ZOCCHÉ, Denise de Azambuja. Causas do Desmame Precoce e Suas Interfaces com a Condição Socioeconômica e Escolaridade. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 1, p. 10-13, Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/66/53>>. Acesso em: 15 out. 2015.

FUJIMORI, Elizabeth et al. Aspectos Relacionados ao Estabelecimento e à Manutenção do Aleitamento Materno Exclusivo na Perspectiva de Mulheres Atendidas em uma Unidade Básica de Saúde. **Interface – Comunicação Saúde Comunicação**, v.14, n.33, p.315-27. Botucatu, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 set. 2015.

FROTA, Mirna Albuquerque et al. Fatores que Interferem no Aleitamento Materno. **Rev. Rene**. Fortaleza, v.10, n.3, p.61-67, jul./set, Ceará, 2009. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/10.3/html/6.htm>>. Acesso em: 15 set. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Evidências científicas dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2001.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

AZEREDO, Catarina Machado et al. Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. **Rev. Paul. Pediatr.**, São



Paulo, v. 26, n. 4, p. 336-344, dez., 2008. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n4/a05v26n4.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2015.

GUIGLIANI, Elsa Regina Justo; LAMOUNIER, Joel Alves. Aleitamento Materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, supl. 5, p. S117-8, nov. 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000700001&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2015.

AUDITORIA: UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM

Artemiza Maria Gomes de Paula
Stefany Jucélia da Silva Lima
Fábio Claudiney da Costa Pereira
Tayssa Suelen Cordeiro Paulino
Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson
Clélia Albino Simpson

INTRODUÇÃO: A auditoria surgiu na área da contabilidade entre o século XV e XVI com o intuito de avaliar e controlar gastos realizados pelas empresas. Na área da saúde, foi introduzida no início do século XX, tendo como principal objetivo observar a qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem ao cliente através dos registros de prontuários. A auditoria vem progredindo, tendo como competência, na rede privada de saúde, observar o controle de custos e avaliação da qualidade da assistência prestada e na rede pública de saúde surge como uma ferramenta de controle e regulação da prestação de serviço ao público (PINTO; MELO, 2010). No Brasil, a auditoria surgiu no século XIX, porém - atualmente - com o aumento da demanda de clientes na rede privada de saúde e diante das dificuldades enfrentadas na rede pública, a auditoria na saúde também está voltada a prática financeira, no controle de gastos e redução de custos. Na enfermagem, a auditoria tem papel fundamental para uma assistência de qualidade, tendo em vista que a avaliação se dá através dos registros de prontuários, comparando a ação desenvolvida, com o relato descrito no prontuário e as condições e recursos disponíveis para execução de tais procedimentos. É uma avaliação sistemática que compara diretamente a análise realizada no prontuário, com o procedimento realizado e os itens que estão registrados, dessa forma garantindo um pagamento e uma cobrança justa (SILVA et al., 2012). Para tal, buscou-se responder aos seguintes questionamentos: Como ocorre a auditoria na enfermagem? Quais os benefícios gerados através da auditoria de prontuários? O objetivo deste trabalho é descrever a importância da auditoria em enfermagem e seus benefícios para qualidade da assistência. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, que é um método de pesquisa que se utiliza da busca de artigos científicos e que tem o objetivo de avaliar de forma crítica os estudos realizados sobre uma determinada temática (MARCONI, LAKATOS, 2003). A busca de informações ocorreu através da base dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências e Saúde (LILACS), Base de Dados da Enfermagem (BDENF), Biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SCIELO), no período de Julho de 2015 a Março de 2016. Os seguintes descritores foram escolhidos a partir de consulta através dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS-BIREME): “Auditoria”, “Enfermagem” e “Registros de enfermagem”. Os estudos foram selecionados seguindo os seguintes critérios de inclusão: textos publicados na íntegra; em Língua Portuguesa, no período de 2009 a 2015. Foram excluídos textos disponíveis em formato de resumo. Na busca dos descritores, através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) foram encontrados os seguintes números de publicações após o refinamento e utilização do operador booleano “and” “Auditoria and Enfermagem” (51), “Auditoria and Registro de Enfermagem” (21). Foram realizadas leitura de título, resumo e análise minuciosa do artigo completo, resultou em 9 artigos. Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica o presente estudo não precisou ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. **RESULTADOS E**

DISCUSSÕES: A auditoria em enfermagem tem como objetivo analisar, orientar, disciplinar, racionalizar e identificar as deficiências que existem nos registros hospitalares, intervindo nos gastos desnecessários e na melhoria dos cuidados prestados. É definida e pode ser entendida como uma avaliação sistemática da assistência de enfermagem, analisada através das anotações e entrevista do próprio cliente e familiar. (SILVA, 2012). Valença (2013) e Silva et al. (2012) relatam o processo de trabalho do enfermeiro auditor nos mais diferentes campos como: na identificação de deficiência do serviço de enfermagem, fornecimento de dados para melhoria dos cuidados de enfermagem, atualização do pessoal de enfermagem através da educação permanente e controle das contas hospitalares. A auditoria torna-se fundamental na avaliação de prontuários, identificando os pontos fracos que precisam de uma melhoria dentro do processo de trabalho da enfermagem. A partir daí, a anotação de enfermagem surge com um fator essencial para comunicação entre os profissionais, bem como para um cuidado contínuo. Ambos trazem em seus resultados que há um grande número de registros de enfermagem ineficientes para a comunicação entre a equipe, tornando-se ineficazes para a auditoria em enfermagem. A atuação gerencial do enfermeiro é de grande relevância na auditoria, ele exerce sua função de líder junto à equipe, sendo responsável pelo planejamento e organização da política e técnica do processo de trabalho, tornado produtivo e qualificado. A liderança de enfermagem torna-se relevante a partir das medidas de adoção corretivas e preventivas que conduz para uma melhoria da assistência. O enfermeiro torna-se um elo entre os dirigentes da instituição e os funcionários, objetivando o gerenciamento adequado, desta forma conectando ambos e garantindo a qualidade da assistência prestada (DIAS, 2011). Existem três locais para realizar as prescrições de enfermagem, a folha de controle, a prescrição médica e o livro de ocorrência que é utilizado somente pelo enfermeiro. Todos possuem a função de registrar as informações a cerca do estado do cliente, dos procedimentos realizados e qualquer intercorrência que tenha ocorrido. O que ocorre nas práticas é que as orientações prestadas, encaminhamentos que são agilizados e certos procedimentos não são anotados o que leva a percepção que o trabalho de enfermagem está restrito somente ao que foi relatado nos meios citados. Por outro lado, os registros são tão idênticos e mecânicos que muitas das vezes acabam por não levar as informações dos pacientes de forma clara e objetiva, deixando invisíveis procedimentos realizados. (PIMPÃO, 2010). O profissional enfermeiro em auditoria deve garantir a qualidade da assistência ao usuário, proporcionar segurança na relação; confiança; realizar levantamento dos custos assistenciais; fazer adequação dos materiais utilizados; observando os desperdícios de medicamentos e materiais; avaliando sempre se a utilização está sendo feita de forma correta; a educação continuada é de inteira responsabilidade do enfermeiro trazendo sempre a importância dos registros e utilização correta de equipamento e materiais; facilitar um vínculo ativo de diálogo permanente entre o prestador e a empresa (SILVA, 2012). **CONCLUSÃO:** A construção do presente estudo possibilitou a compreensão de como ocorre à auditoria na enfermagem, interna e externa, quais os meios utilizados, objetivos e a importância para assistência de enfermagem e cuidados. A auditoria vem para que se tenha um controle nos gastos e um melhora na assistência prestada; Embora que a questão financeira esteja como prioridade. Na enfermagem, possui grande relevância e tem papel fundamental para um atendimento de qualidade; a avaliação se dá através dos registros de prontuários, comparando a ação desenvolvida, com o relato descrito no

prontuário, as condições e recursos disponíveis para execução de tais procedimentos, e a avaliação do estado clínico do cliente. O enfermeiro auditor também possui um importante papel de líder tomando adoções corretivas e preventivas, conduzindo a uma assistência qualificada, o líder exerce sua função de líder junto à equipe, sendo responsável pelo planejamento e organização da política e técnica do processo de trabalho. Espera-se que este estudo contribua para novas reflexões a cerca da temática e a aquisição de novos conhecimentos pelos dos profissionais de saúde, tendo em vista que muitos profissionais desconhecem a importância da auditoria, qualificando a assistência de enfermagem e melhorando o estado clínico dos clientes e de seus familiares.

Palavras-chave: Auditoria. Enfermagem. Registros de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

CLAUDINO, H.G. et al. Auditoria em Registros de Enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 397-402, jul./set. 2013.

DIAS, T.C.L. et al. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 931-937, set./out. 2011.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003. 310 p.

PASSOS, M.L.L. et al. Auditoria de Enfermagem: conhecimento de profissionais em hospital público de referência. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1025-1033, jun./abr. 2012.

PINTO, K.A.; MELO, C.M.M. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 671-678, ago./set. 2010.

PIMPÃO, F.D. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n. 3, p.405-410, jul./set. 2010.

SCARPARO, A.F. et al. Abordagem conceitual de métodos e finalidade da auditoria de enfermagem. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 124-130, jan./mar. 2009.

SILVA, M.V.S. et al. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 535-538, maio/jun. 2012.

SILVA, J.A. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em Unidade semi-intensiva. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.576-581, jul./set. 2012.



VALENÇA C.N, AZEVÊDO L.M.N, Oliveira A.G et al. A produção científica sobre auditoria de enfermagem e qualidade dos registros. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**. Online, Pernambuco, v.5, n. 5, p. 69-76, dez. 2013.

AUTORIDADE OU PODER: QUAL A MELHOR DIREÇÃO A TOMAR QUANDO SE É ENFERMEIRO E ESTÁ A FRENTE DE UMA EQUIPE?

Larissa Tainã Tavares da Silva
Alef Maia da Silva
Audrey Mendes Soares
Rafaela Costa de Medeiros Moura

INTRODUÇÃO: No mundo globalizado que vivemos, as características de uma liderança de qualidade, estão em constante atualização às novas exigências institucionais e econômicas. Assim, o exercício da liderança da enfermagem, nas instituições hospitalares pós-modernas, é visto como um desafio, considerando que os estabelecimentos de saúde são organizações complexas compostas em sua maioria por profissionais de enfermagem. Em contrapartida, o que poderia acontecer se, enquanto enfermeiros, liderássemos de maneira errada e utilizássemos o poder a nós conferido apenas, para proferir ordens à nossa equipe? Assim, partindo do pressuposto de que, liderança consiste na habilidade que se têm para influenciar pessoas a trabalharem de bom grado em prol do bem comum, podemos aduzir que cabe ao enfermeiro desenvolver estratégias que façam com que sua equipe – que é responsável, juntamente com ele, de prover o cuidado – cumpra seu papel de maneira eficiente e eficaz. E para que isso aconteça, é imprescindível que haja uma relação de harmonia entre todos os atores envolvidos. Por outro lado, liderar através do poder, surge como sendo o ato de coagir a equipe a fazer algo a partir da força que lhe impõe o cargo de enfermeiro. Colocando em risco, outrossim, a prestação de assistência em enfermagem, na medida em que o líder não estaria preocupado com as necessidades apresentadas pela equipe, mas sim com a tarefa excetuada por ela. Por este motivo, temos evidenciada a necessidade de uma forma de liderança na enfermagem, pautada na autoridade, que nada mais é do que você influenciar as pessoas a fazerem o que você quer a partir do que você representa para elas. E essa maneira de liderar, se faz presente a partir do momento em que a equipe a qual é liderada, se sente importante para o líder, à medida que este se preocupa com as necessidades apresentadas pelos seus membros. Desta forma, questionamos: qual a melhor forma de se liderar uma equipe? Com isso, objetiva-se com este estudo identificar, por meio da literatura científica nacional, como se encontra a liderança do enfermeiro diante de sua equipe de enfermagem, elencando os tipos de lideranças existentes segundo as literaturas consultadas. Assim, percebe-se a relevância deste estudo para a formação de um bom líder enfermeiro, pois, trazer discussões acerca do exercício da liderança é a melhor forma de evitar a falta de compromisso destes, em detrimento de suas tarefas. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura, em que se fez uso para embasamento científico de artigos nas bases de dados científicas em saúde: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), respeitando o recorte temporal de 2011 a 2016. Estas bases de dados estão indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) onde foram utilizados os seguintes descritores: liderança, enfermeiro, gerência. Com relação aos critérios de inclusão, foram utilizados artigos científicos da Língua Portuguesa, sobre a temática pesquisada. No que diz respeito aos critérios de exclusão, artigos disponíveis somente no formato de resumo. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Em estudo de Paula et al. (2012), o qual procurou compreender a concepção de enfermeiros

assistenciais acerca da liderança em hospital público do norte de Minas Gerais, identificou-se que a comunicação e autoridade foram vistas como habilidades importantes na organização da rotina da enfermagem. Outro achado importante foi a grande parte dos enfermeiros compreenderem que liderança é uma habilidade aprimorada com as experiências e que sofrem influência conforme objetivos organizacionais. Corroborando com estes achados, podemos aduzir que a liderança em enfermagem é a capacidade de influenciar as pessoas a atuarem de modo ético-profissional, a fim de alcançar objetivos comuns, elencando como atributos essenciais para liderança em enfermagem o desenvolvimento de habilidades pessoais e profissionais, além do compromisso, responsabilidade, tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva, qualificando o serviço a ser prestado. Ainda sobre a qualificação do serviço de enfermagem, Santos et al. (2013) em sua pesquisa analisaram as práticas dos enfermeiros na gerência do cuidado e identificaram que esta se relaciona com a busca pela qualidade do serviço de enfermagem prestado seja por meio de ações que vão desde a realização do cuidado, gerência de recursos humanos e materiais, liderança, planejamento da assistência, capacitação da equipe de enfermagem, coordenação da produção do cuidado e até a avaliação das ações de enfermagem pelo processo de enfermagem. Ainda com relação ao processo de enfermagem como ferramenta importante no gerenciamento e liderança do enfermeiro, Santos e Lima (2011) em estudo evidenciaram que a liderança favorece o planejamento da assistência, a coordenação da equipe de enfermagem, a delegação de atividades no planejamento do cuidado e a execução do processo de enfermagem. Já Almeida et al (2011) em pesquisa que objetivou reconhecer os instrumentos de gerenciamento da prática profissional de enfermeiros, detectou os seguintes instrumentos gerenciais: planejamento, Procedimentos Operacionais Padrão, administração do tempo, liderança, autonomia, mediação de conflitos e negociação. Não obstante, temos três tipos clássicos de líder e são: o líder autocrata, que seria basicamente o tipo de chefe que apenas dá ordens a sua equipe, não se importando com as necessidades apresentadas por essa; o democrata, que seria o líder que levaria em conta as demandas da equipe e mesmo sendo ele a dar a palavra final, todos participariam do processo decisório; por último temos o líder liberal, nesse modelo de liderança, a equipe que decidiria todo o processo e ele se absteria do poder da tomada de decisões. Nesse ínterim, o estilo de liderança democrata será o que mais se adequará as necessidades quando se está à frente de uma equipe, todavia, isso não implica dizer que ele é o único a existir. Assim, os referidos autores propõe que a instituição e o Serviço de Enfermagem disponibilizem aos enfermeiros capacitação profissional sobre os saberes gerenciais para o desenvolvimento de competências, com vistas a uma atuação mais qualificada do cuidar bem como satisfação no exercício da profissão. Outro fator que merece atenção é a não priorização de um único modelo de liderança entre os anteriormente expostos, o que nos permite inferir que até mesmo o líder mais democrata, passará por momentos em que haverá a necessidade deste vir a ser autocrata dada a situação a qual esteja passando.

CONCLUSÃO: Torna-se necessário que organizações hospitalares implementem o aprimoramento profissional dos enfermeiros-líderes para garantir a qualidade do cuidado em saúde prestado frente às necessidades contemporâneas de racionalização do trabalho. Com isso, o enfermeiro líder pode proporcionar eficiência no desempenho da equipe, possibilitando a satisfação dos clientes, profissionais e instituição.

Palavras-chave: Trabalho em equipe. Enfermagem. Gerenciamento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. L. et al. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar . **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. Esp., p. 131-7, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea17.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

CHIAVENATO, I. **Administração nos Novos Tempos**. São Paulo: MAKRON Books, 1999.

HUNTER, J. C. **O Monge e o Executivo**: uma história sobre a essência da liderança. Rio de Janeiro: Editora Sextante, 2004. 143p.

PAULA, G.F. et al. Concepções de liderança entre enfermeiros assistenciais de um hospital do Norte de Minas Gerais. **Rev. Eletr. Enf.**, v.14, n.4, p. 821-30, 2012. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/ree/v14n4/10.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

SANTOS, J. L. G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n.2, p.257-63, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2016.

SANTOS, J.L.G., LIMA, M.A.D.S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.32, n.4, p. 695-702, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a09.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

SILVA, V. L.S. CAMELO, S. H. H. A. Competência da liderança em enfermagem: conceitos, atributos essenciais para o papel do enfermeiro líder. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.533-9, 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a19.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Marili Izidio da Silva
Daiane Soares Costa
Rafaela Costa de Medeiros Moura

INTRODUÇÃO: O câncer do colo do útero é causado pelo crescimento desordenado das células que revestem o epitélio do órgão, podendo invadir estruturas e outros órgãos próximos. Dependendo do epitélio comprometido existem dois principais tipos de carcinomas invasores do colo do útero: carcinoma epidermoide quando acomete o epitélio escamoso (80% casos) ou adenocarcinoma quando acomete o epitélio glandular, sendo mais raro esse tipo (BRASIL, 2013). Dentre os diversos tipos de câncer existentes, recebe destaque o ginecológico como o mais incidente entre as mulheres, perdendo o câncer de colo do útero apenas para o de mama, que na América Latina e Caribe é a maior causa de morte pelo diagnóstico de câncer entre as mulheres, e no Brasil atinge 4800 óbitos anuais (SALIMENA et al, 2014). O principal fator de risco para o câncer de colo do útero é o papiloma vírus humano considerado uma infecção muito comum que acomete em média 80% das mulheres sexualmente ativas. A detecção precoce das lesões precursoras do câncer de colo do útero se dar por meio do exame citopatológico e são confirmadas pela colposcopia e exame histopatológico. Os principais sintomas para esta neoplasia são: sangramento vaginal, leucorreia e dor pélvica, podendo estar associado com queixas urinárias ou intestinais em seu estado mais avançado. Atualmente, existem duas vacinas aprovadas e comercializadas no Brasil, a bivalente que protege os tipos 16 e 18 e a quadrivalente que protege contra os tipos não oncogênicos 6 e 11, e os oncogênicos 16 e 18 (BRASIL, 2013). A prevenção dessa patologia está inserida no Programa de Atenção a Saúde da Mulher, sendo a Atenção Básica a porta de entrada em nível de atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS) para essas mulheres (MELO et al. 2012; SANTIAGO, ANDRADE, PAIXAO, 2014). Diante do exposto, o estudo sobre o câncer do colo de útero é relevante para que se possa realizar uma boa assistência de enfermagem, ressaltando a importância da prevenção dessa patologia, uma vez que prevenir é mais viável do que tratar. As ações executadas pelo enfermeiro junto a sua equipe multidisciplinar, na estratégia de saúde da família, norteou este estudo, pois o enfermeiro assistencial na atenção primária direciona em seu cotidiano a realização do exame citológico como estratégia na tentativa da redução dos danos, através do diagnóstico precoce e consequentemente uma melhoria no cotidiano dessas mulheres. Sendo assim, o objetivo deste estudo é analisar na literatura científica nacional como o enfermeiro pode atuar na prevenção do câncer de colo uterino. **METODOLOGIA:** Revisão integrativa, realizada no período de setembro de 2015 a abril de 2016, com a busca de artigos publicados no período de 2011 a 2015, através da base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para melhor selecionar os artigos, foram utilizados os descritores “neoplasias do colo do útero”, “enfermagem”, e “diagnóstico precoce”. Foram encontrados 4952 artigos na base de dados Lilacs, selecionados 147 e utilizados 15 no total. Como critérios de inclusão foram utilizados artigos disponibilizados em texto completo, em Língua Portuguesa, publicados nos últimos cinco anos e que estão relacionados com o tema. Já os critérios usados para exclusão foram artigos em língua estrangeira, com

publicações anteriores ao ano de 2012 e que não condizem com o objeto de pesquisa, bem como teses, periódicos, monografias e dissertações. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O enfermeiro tem um papel importante na realização do exame preventivo, nas Unidades Básicas de Saúde, onde o mesmo é quem executa tal procedimento. Por isso, é importante que exista um acolhimento durante a consulta ao paciente, explicando de forma clara como é feita a coleta de material do colo do útero, para que a mulher se sinta tranquila e confiante durante sua realização (GUIMARÃES et al., 2012; SANTIAGO, ANDRADE, PAIXAO, 2014). Ao iniciar a consulta para o exame Papanicolau, que se dá logo após o acolhimento, é feito o exame clínico (anamnese e exame físico) da paciente e em seguida preenchido o formulário de requisição do exame, em que a enfermeira deve atentar para preenchê-lo com letra legível e contendo todas as informações relacionadas a dados pessoais da mulher, da unidade e do profissional responsável pela coleta (GUIMARÃES et al., 2012). Nesse momento de coleta de dados, durante a consulta de enfermagem, na prevenção do câncer cérvico-uterino, ocorre um encontro dialógico que promove o estar-melhor e o bem-estar da mulher para além do exame preventivo, amplia o conhecimento teórico e instrumental para a promoção da saúde integral dessa população. A consulta de enfermagem, nessa perspectiva, oferece uma oportunidade para o enfermeiro vivenciar o encontro com o ser cuidado, de forma consciente e reflexiva de seu próprio conhecimento e sentir (DANTAS; ENDERS; SALVADOR, 2011). Nesse momento, é de valia que o profissional enfermeiro, investigue dados relacionados à precocidade ou não do início da atividade sexual, multiparidade, uso de contraceptivos orais, troca de parceiros, estresse, tabagismo, falta de uso do preservativo durante a relação sexual e a data da última realização da citologia oncótica. A partir das informações coletadas, o enfermeiro orienta condutas preventivas no cotidiano da mulher, levando em consideração as particularidades culturais e limitações socioeconômicas de cada uma, tendo em vista que no Brasil, há o predomínio da população de baixa renda (GUIMARÃES et al., 2012). Dando continuidade ao exame Papanicolau, a coleta de material da ectocervice (parte externa) e endocervice (parte interna) do colo do útero deve ser realizada pelo enfermeiro com a finalidade preventiva de identificar lesões precursoras do câncer de colo do útero com o intuito de intervir precocemente. Porém, é importante ressaltar que o exame deve ser realizado levando em consideração o contexto sociocultural da paciente, o que irá favorecer a compreensão e adesão às recomendações para realização do exame periodicamente (NASCIMENTO; NERY; SILVA, 2012; OLIVEIRA et al., 2014). Além de todas essas práticas preventivas executadas pelo enfermeiro, Correa et al., (2012) Laganá et al., (2013) exaltam a importância de ações educativas que estimulem a mulher a realizar o exame de Papanicolau, tendo em vista que muitas usuárias, seja por vergonha, falta de conhecimento ou questões culturais, não o realizam periodicamente e não promovem no seu cotidiano hábitos de vida saudáveis que possam prevenir a formação de células cancerígenas. Essas práticas educativas podem ocorrer por diferentes formas, como, por meio de oficinas educativas que se constituem como momentos de promoção, formação e aprendizagem, cujo desenvolvimento requer participação coletiva de profissionais, das equipes multiprofissionais e interdisciplinares, principalmente pela enfermagem, através de diálogo, colaborando para a estruturação de novos saberes, principalmente para aquelas mulheres sem acesso a informação (NASCIMENTO; NERY; SILVA, 2012). Assim, pode-se afirmar que a educação em saúde é um dos

princípios que regem as ações preventivas pela enfermagem. No que diz respeito aos entraves que dificultam a realização de ações preventivas pela enfermagem, Mendonça et al. (2011), em pesquisa junto a enfermeiros, inferem que deficiências na organização do serviço, do suprimento de insumos e da manutenção de materiais na atenção primária, como fatores que dificultam a realização do exame, enquanto que para as usuárias, a vergonha, medo e nervosismo são variáveis que retardavam a procura pelo atendimento. Ainda com relação às dificuldades na implementação de ações educativas, Leite et al. (2014), ao pesquisar sobre os conhecimentos das mulheres de uma unidade básica de saúde sobre câncer de colo do útero, foi detectado que o enfermeiro se preocupa em prestar uma boa assistência às pacientes, porém, sentem-se inseguro na realização do exame, pela falta de capacitação no serviço. Além disso, inferem que deficiências relacionadas à formação, aos processos de trabalho e gestão, no âmbito da unidade básica de saúde e programa de saúde da família, interferem no desempenho de competências técnico-científicas necessárias para a prevenção do câncer de colo uterino. **CONCLUSÃO:** Enquanto profissionais da área de saúde, os enfermeiros são educadores, e precisam orientar a importância da realização anual do Papanicolau, promovendo o diálogo constante e proporcionando à mulher informações que possibilitem uma melhoria na sua qualidade de vida. Com isso, conclui-se destacando a necessidade de investimentos no desenvolvimento de práticas de promoção à saúde, capazes de fornecer informações de forma direta e apropriada, possibilitando esclarecer mitos e desmistificar tabus sobre o câncer de colo uterino.

Palavras-chave: Neoplasias do colo do útero. Enfermagem. Diagnóstico precoce.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

CORREA, Silva Michelle, et al. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2257-2266, 2012.

DANTAS, Cilene Nunes; ENDERS, Bertha Cruz; SALVADOR, Pétala Tuani Candido de Oliveira. Experiência da enfermeira na prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 646-660, 2011.

GUIMARÃES, Jaqueline Apolônio de Freitas et al. Pesquisa brasileira sobre prevenção do câncer de colo uterino: uma revisão integrativa. **Rev. Rene**, v. 13, n. 1, p. 220-230, 2012.

LAGANÁ, Maria Teresa Cícero et al. Alterações Citopatológicas, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Periodicidade dos Exames de Rastreamento em Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 4, p. 523-530, 2013.

LEITE, Maria Fernanda et al. Conhecimentos e prática das mulheres sobre câncer de colo do útero de uma unidade básica de saúde. **Journal of Human Growth and Development**, v. 24, n. 2, p. 208-213, 2014.

MELO, Maria Carmen Simões Cardoso de et al. O enfermeiro na prevenção do câncer do colo de útero: o cotidiano da atenção primária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 389-398, 2012.

MENDONÇA, Francisco Antônio da Cruz et al. Prevenção do câncer de colo uterino: adesão de enfermeiros e usuárias da atenção primária. **Rev. Rene**, v. 12, n. 2, p. 261-170, 2011.

NASCIMENTO, Leidinar Cardoso; NERY, Inez Sampaio; SILVA, Antonia Oliveira. Conhecimento cotidiano de mulheres sobre a prevenção do câncer de colo do útero. **Rev. enfermagem**, v. 4, n. 20, p. 476- 480, 2012.

OLIVEIRA, Ana Carolina de et al. Fatores de risco e proteção à saúde de mulheres para prevenção do câncer uterino. **Rev. Rene**, v. 15, n. 2, p. 240-248, 2014.

SALIMENA, Anna Maria Oliveira et al. Mulheres portadoras de câncer de colo de útero: percepção da assistência de enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 4, n. 1, p. 909-920, 2014.

SANTIAGO, Thatiany Rodrigues; ANDRADE, Magna Santos; PAIXAO, Gilvania Patrícia do Nascimento. Conhecimento e prática das mulheres atendidas na unidade de saúde da família sobre o Papanicolaou. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 6, p. 822-829, 2014.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO

Ana Paula de Almeida Lima
Aysa Nayara Silva de Moraes
Clesia Raylli Souza de Oliveira
Rennya de Sousa Saraiva Alves
Karolina de Moura Manso da Rocha

INTRODUÇÃO: Segundo o Instituto nacional do câncer, essa doença é caracterizada por células normais que sofrem mutação genética se tornando células malignas, crescem de forma desordenada invadindo tecidos e órgãos podendo espalhar-se levando a metástase, sendo uma doença agressiva. A organização mundial de saúde define cuidados paliativos como uma ampla assistência ao paciente proporcionado por uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida e também de sua família. Intervindo não só no alívio da dor, mas também em questões psicossociais, físicos, emocionais, e espirituais. Os cuidados paliativos ainda não são referenciados como política pública, mas o Ministério da Saúde lançou a portaria nº 876/13 que garante o direito das pessoas com diagnóstico confirmado de câncer acesso a estes cuidados. Apesar do avanço tecnológico e os índices de cura aumentar na população atual, em alguns casos, o paciente pode apresentar recaídas durante o tratamento, o que pode levar ao descontrole da doença, não havendo mais possibilidades terapêuticas de cura. Recomenda-se que os profissionais de enfermagem com relação aos cuidados paliativos avancem no conhecimento ético e que a apreensão desses conhecimentos lhes seja favorecida, visto que o processo de tomada de decisão, diante dos fatos clínicos, exige de toda a equipe uma reflexão a respeito dos valores envolvidos no processo. Diante dos momentos de grande sofrimento e exigências, tanto as emocionais quanto as relacionadas aos processos de trabalho, os profissionais não assumem a tradicional postura de "não se envolverem", compreendendo que o cuidar de um paciente terminal em um tratamento tão complexo exige mais do que conhecimento científico, é um ato de carinho e de humanidade. Devem-se encontrar meios para minimizar a dor física, mas a dor emocional não se tem como medir, mensurar ou aplicar protocolos para tratar a dor afetiva, a dor da despedida e a dor da iminência da morte. As mudanças que envolvem o processo morrer são ainda pouco abordadas, e os profissionais menos experientes devem procurar trocar experiências com seus colegas, sendo este um momento de grande construção de saberes. Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde entende-se que o acesso a essas informações é mais do que um direito dos pacientes é a base da construção de confiança e do vínculo com a equipe. Aqui no Brasil, o instrumento legal que institui os cuidados paliativos em oncologia é a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a qual estabelece as formas para o atendimento em oncologia no país, e suas ações são orientadas por um modelo assistencial que deve organizar os recursos em diferentes níveis de atenção, para garantir acesso universal aos serviços e aos cuidados. Esse estudo parte de uma análise observada na literatura, em que há uma deficiência no atendimento assistencial que prejudica de uma forma integral o paciente, devido à ausência de cuidados paliativos qualificados. Considerando a relevância do tema,

este estudo parte da seguinte questão de pesquisa: Como a literatura científica aborda a assistência de enfermagem aos pacientes oncológicos em cuidados paliativos? **OBJETIVO:** Identificar na literatura a assistência de enfermagem diante dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica que consiste em uma análise mais criteriosa e extensa das publicações correntes em uma determinada área do conhecimento. Fundamentado nas bases de dados cadastradas na BIREME, como: SCIELO, LILACS, e MINISTÉRIO DA SAÚDE. Foram utilizados 08 artigos e a cartilha do Instituto nacional do câncer. Quanto ao critério de inclusão foram selecionados artigos na íntegra, atualizados que relatassem o tema e descartados artigos de outras línguas, com mais de 06 anos, que não se referiam ao assunto pesquisado. **RESULTADOS:** Observa-se que os profissionais de enfermagem buscam melhorar a qualidade da assistência, na prestação de cuidados paliativos, mas nenhum tem especialização nessa área. (SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2015). Diante do que foi visto, a precariedade e a falta de assistência de enfermagem adequada estão relacionadas com a deficiência na formação desses profissionais e do despreparo desses para cuidar de pacientes em fase terminal lidando diretamente com o processo de morte e morrer. Essa falta de conhecimento leva também a dificuldade de se estabelecer metas, e acabam priorizando casos nos quais há chances de cura. De acordo com as pesquisas, medidas podem ser tomadas para melhorar a qualidade da assistência dentre elas estão: a qualificação dos profissionais por meio de capacitação educação em saúde melhora no investimento em recursos humanos e estruturais, diminuição do remanejamento e rotatividade de funcionários e ampliação da política de humanização da assistência (SILVA, et al. 2015). Existe certa deficiência na assistência de enfermagem, pois os profissionais não compreendem a importância dos cuidados paliativos no período de finitude da vida. Sem falar que muitos profissionais faltam com o princípio ético da veracidade e respeito à autonomia do paciente. Todo paciente tem o direito de saber o que está acontecendo, qual tipo de tratamento está sendo submetido e se tem o desejo de renunciar ao tratamento, quando capaz de tomar decisões. A falta de conhecimento, mais complexos e específicos, e também seu despreparo como profissionais é o que leva a precariedade do cuidado. Segundo, (FERNANDES et al., 2013) a equipe deve preocupar-se com a pessoa que passa por esse processo patológico tão agressivo, sempre procurando propor o bem-estar, buscando prestar o apoio necessário a sua família no processo de luto em caso de morte, participando como integrante de uma equipe multidisciplinar deve evitar o pensamento linear e fragmentado, buscando um cuidado mais humanizado, crítico, flexível e sensível, entender cada paciente como único, cada um com suas necessidades e tendo seus direitos e autonomia respeitados. **CONCLUSÃO:** Durante o estudo, foi possível avaliar como as relações interpessoais podem ajudar ou interferir no processo de morte e morrer, se ela atende aos pacientes de maneira positiva, faz com que o paciente se sinta bem, caso contrário acelera ainda mais o agravamento da doença, tornando aquele ser cada vez mais frágil e debilitado. Vale ressaltar que a comunicação, a presença da família, os esforços da equipe, um carinho, uma palavra de conforto, uma companhia pode ser mais benéfico que qualquer medicamento e são indispensáveis. O ambiente também contribui e a equipe deve se esforçar para torná-lo mais acolhedor. São necessárias modificações nesse tipo de assistência que lida diretamente com pacientes em terminalidade, deve haver uma reeducação nesses profissionais, desde o percurso da graduação, onde começa a formação acadêmica,

para torná-los com um olhar diferenciado, crítico e reflexivo, já que o campo da saúde, apesar de amplo, deve ser restritamente cauteloso, por tratar de seres humanos que necessitam de cuidados individualizados e uma área que requer um esforço maior por estar lidando diretamente com a vida.

Palavras-chave: Enfermagem Oncológica. Cuidados Paliativos. Humanização. Assistência. Morte.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer:** abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf> Acesso: 22 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente.** 2. ed. Rio de Janeiro, 2011.

_____. Portaria 876 de 16 de maio de 2013. Poder executivo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção1, p.135-136, 2003. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=11196>. Acesso: 22 abr. 2016.

DA ROSA DOS REIS, Thamiza L. et al. Relações estabelecidas pelos profissionais de enfermagem no cuidado às crianças com doença oncológica avançada. **Aquichán**, Bogotá, v. 14, n. 4, p. 496-508, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 25 abr. 2016.

EICH, Melisse; VERDI, Marta Inez Machado; MARTINS, Pedro Paulo Scremin. Deliberação moral em sedação paliativa para uma equipe de cuidados paliativos oncológicos. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 583-592, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300583&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 22 abr. 2016.

FERNANDES, Maria Andréa et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2589-2596, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900013&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 25 abr. 2016.

SILVA, Adriana Ferreira da et al. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 56-62, jun. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000200056&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 22 abr. 2016.

SILVA, Rudval Souza da; PEREIRA, Álvaro; MUSSI, Fernanda Carneiro. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 40-46, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100040&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 25 abr. 2016.

SILVA, Marcelle Miranda da et al. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 460-466, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300460&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 22 abr. 2016.

SILVA, Marcelle Miranda da; MOREIRA, Maeléa Chagas. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. **Rev. Eletr. Enf.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 483-90, set. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.7274>>. Acesso: 22 abr. 2016.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO PORTADOR DE ALZHEIMER

Melina de Oliveira Pimentel
Tayssa Suelen Cordeiro Paulino
Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson
Ilara Maria Ferreira Alves
Thuisa Emmanuelle do Nascimento Pessoa de Melo
Fábio Claudiney da Costa Pereira

INTRODUÇÃO: Atualmente, o crescimento da população idosa é um fenômeno observado por todos. O aumento da expectativa de vida tornou isso possível, e esse fato atribui-se ao processo de urbanização, avanço tecnológico, científico, e medicinal. Concomitante a isso, passaram a surgir problemáticas complexas que envolvem diretamente a saúde e as questões sociais dos idosos. Dentre elas, o avanço das doenças crônico-degenerativas não transmissíveis. Dados demográficos e epidemiológicos indicam que o envelhecimento populacional, em todo o mundo, trouxe o aumento da prevalência de doenças degenerativas em geral. Contudo, a do tipo Alzheimer é considerada como a mais comum e a forma mais frequente de demência nos idosos. A doença de Alzheimer consiste em um distúrbio neurológico degenerativo, que se inicia de forma insidiosa, sendo caracterizada por perda gradual da memória, que resulta em alterações no funcionamento cognitivo e distúrbios do comportamento e personalidade. Sua etiologia é multifatorial, e acomete de 8 a 15% das pessoas com mais de 65 anos, contribuindo com 60% dos casos de demência, e transtorno mental orgânico para indivíduos com a doença. Essa patologia vem se constituindo como uma das maiores causas de morbidade entre os idosos devido ao comprometimento da integridade física, mental e social, e este quadro exige um plano de cuidados complexo. Nesse contexto, a relevância desse tema para o campo da Enfermagem é o favorecimento de discussões e reflexões sobre a necessidade de capacitação profissional na qualificação da assistência a estes pacientes. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo descrever a assistência de enfermagem ao idoso portador de Alzheimer.

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada em abril de 2016. A busca ocorreu em periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Para seleção dos textos, consideraram-se artigos científicos completos, disponíveis online, no idioma português, utilizando os descritores em ciências da saúde (DeCs): “Assistência de Enfermagem”, “Doença de Alzheimer”, “Saúde do Idoso”. A seleção dos artigos foi realizada mediante leitura dos títulos e resumos, a fim de confirmar a temática proposta. Em caso de dúvidas sobre a abordagem do tema relacionado, fazia-se nova leitura e, após segunda análise, o artigo era incluído ou não na pesquisa. Dessa forma, a amostra final foi constituída por oito artigos científicos. Em seguida, os textos foram lidos integralmente visando apreender o seu conteúdo e extrair informações acerca do cuidado ao idoso com Alzheimer pela profissional enfermeira.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: A assistência de enfermagem, ao idoso portador de Alzheimer, consiste em assisti-lo desde seu estado psicológico até os cuidados clínicos hospitalares especializados, e torna-se de maior relevância à medida que a doença progride e o paciente se torna totalmente dependente para realizar necessidades básicas. A reação dos idosos a esta doença pode variar, e esta é uma

parte importante e indispensável à enfermagem, pois o tipo de assistência oferecida no momento de internação influenciará todo o desenvolvimento clínico. O cuidado prestado aos idosos é um campo complexo para a enfermagem, pois, exige habilidades clínicas específicas, facilidade de relacionamento, e, sobretudo, humanização do atendimento, sendo este primordial a qualidade do serviço oferecido. Esse fato evidencia a necessidade dos profissionais enfermeiros possuírem qualificação adequada, pois são os responsáveis por realizar a identificação dos principais acidentes que envolvem estes pacientes, considerando seus aspectos preventivos e, que, portanto, apenas saberão agir em determinadas situações se para isso estiverem devidamente preparados. Nessa perspectiva, os cuidados de enfermagem ao paciente com Alzheimer compreendem estimular a função cognitiva; promover a segurança física, a independência nas atividades de autocuidado, a nutrição adequada, a atividade e o repouso balanceado; reduzir a ansiedade e agitação, melhorando a comunicação, e atendendo às necessidades de socialização e intimidades. É importante avaliar o nível de funcionamento fisiológico e psicológico, a capacidade do paciente quanto à percepção de sua doença, as barreiras, os recursos de que dispõe e as reações e variáveis que dificultam a adoção de comportamentos específicos e hábitos saudáveis. Pelo fato da doença exigir longos períodos de tratamento, faz-se necessário inserir uma abordagem que inclua a família no planejamento das ações de cuidado, uma vez que a doença torna os idosos progressivamente incapacitados para o autocuidado, e a família, por não possuir um conhecimento técnico, também passa a ter limitações no ato de cuidar destes pacientes. Quanto a isso, a equipe de enfermagem pode contribuir solucionando as dúvidas sobre a patologia, explicando aos cuidadores as características da doença, a farmacoterapia, e os fatores de risco. Destaca-se que o profissional enfermeiro deve estimular a família a manter o paciente com o máximo de independência enquanto possível. Dessa forma, a assistência de enfermagem deve buscar maneiras opcionais de cuidar do idoso com Alzheimer, acompanhando os estágios da doença, trabalhando de maneira terapêutica o déficit causado pela doença, e as ações são direcionadas para um processo de reabilitação que vise o autocuidado; para isso, uma ação conjunta dos profissionais e seus familiares é fundamental. Assim sendo, cabe a Enfermagem realizar ações de prevenção e inclusão, analisando o paciente como um todo, não focando apenas na patologia, como também no completo bem-estar físico, mental e social, visando à promoção da qualidade de vida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Verificou-se que a doença de Alzheimer vem se constituindo como uma das maiores causas de morbidade entre os idosos, sendo responsável por diversos transtornos na vida destes e de seus familiares. As limitações e restrições progressivas impostas aos acometidos trazem a necessidade de cuidados mais intensivos, pois a sua independência é comprometida, e por isso, planejar ações e medidas preventivas é de fundamental importância. Diante disso, é possível concluir que a assistência de enfermagem é indispensável para esses pacientes, desde seu diagnóstico ao estágio mais avançado da doença, em que as suas intervenções devidamente adequadas e estruturadas em um contexto interdisciplinar têm a capacidade de minimizar os riscos e preservar a integridade dos idosos, bem como fornecer saúde e bem-estar para todos os envolvidos neste processo.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Doença de Alzheimer. Saúde do Idoso.



REFERÊNCIAS

BELFORT, T. et al. Consciência do déficit na doença de Alzheimer: diferenças entre os domínios cognitivo e funcional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p. 217-224, abr./jun. 2013.

VALENTE, G. S. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem ao idoso com doença de Alzheimer e transtornos depressivos. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 5, ed. esp., p. 4103-4111, maio. 2013.

POLTRONIERE, Silvana; CECCHETTO, Fátima Helena; SOUZA, Emiliane Nogueira de. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.2, p.270-278, jun. 2011.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM TERAPIA HEMODIALÍTICA

Eva Mirela de Lima Nascimento
Mayara Raquel da Silva Ferreira
Silvy Gabriella de Oliveira Ribeiro
Isabel Cristina Araújo Brandão

INTRODUÇÃO: Atualmente, no cenário de saúde brasileiro, as doenças renais crônicas ocupam um espaço importante, sendo alvo de discussões quanto à prevenção, detecção precoce e intervenção, com destaque no tratamento, na qualidade da assistência prestada e no papel do profissional enfermeiro nesse processo. (ROMANO, 2014). De acordo com o último censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), no ano de 2013, o total de unidades renais cadastradas era de 703, sendo 658 ativas com programa crônico. Destas, 334 responderam ao formulário (50,8%), cerca de 50.916 pacientes. A região com maior predominância foi a Sudeste com 21.909, seguida da região Sul com 12.286 e a região Nordeste com 9.866. O sexo masculino é o mais acometido, com faixa etária de 19 a 64 anos. Há uma estimativa de 100.397 pacientes em tratamento dialítico por ano. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA). Nesse contexto, a qualificação e o conhecimento da equipe de enfermagem são essenciais no tratamento e prevenção de possíveis complicações relacionadas aos distúrbios renais e seus agravos, sendo incluso um olhar mais atencioso e uma assistência eficaz aos pacientes que fazem uso de terapia substitutiva, destinados ao tratamento hemodialítico. A individualidade de cada paciente precisa ser avaliada e a melhora na qualidade de vida do indivíduo deve ser prioridade. (SILVA, THOMÉ, 2009). Assim, o tema do presente estudo é relevante, visto que, a problemática envolvendo a incidência de doenças renais e o crescente aumento de pacientes em tratamento hemodialítico vem se tornando frequente em nosso país e, conseqüentemente, cresce a necessidade de pesquisas voltadas para essa área, em que o profissional de enfermagem deve estar ciente de sua importância na qualificação da assistência prestada. Desse modo, estabeleceu-se a seguinte questão de pesquisa: Qual a importância da assistência de enfermagem no tratamento de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise? Portanto, o presente estudo objetiva descrever a importância da assistência de enfermagem no tratamento de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **METODOLOGIA:** O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura integrativa, que tem por finalidade sintetizar o conhecimento científico sobre determinado fenômeno, para que seja possível obter uma compreensão mais aprofundada sobre o assunto estudado. (MARCONI; LAKATOS, 2003). A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). As bases de dados foram acessadas no mesmo momento por três pesquisadoras, durante o período de abril de 2016, respeitando o recorte temporal de 2006 a 2016. Os descritores utilizados foram: cuidados de enfermagem; hemodiálise; diálise renal; assistência de enfermagem; cuidados paliativos. Os critérios de inclusão adotados foram: publicações em formato de artigos, disponíveis em português (Brasil) e em texto completo. Artigos que abordassem a assistência de enfermagem ao paciente em hemodiálise. Assim, as pesquisas encontradas que não

se adequassem ao tema foram excluídas. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A Doença Renal Crônica caracteriza-se por uma deterioração que age gradativamente e irreversivelmente na função renal, isso faz com que a capacidade do corpo em manter o equilíbrio hidroeletrólítico e metabólico falhe, gerando uremia ou azotemia. É uma complicação causada pela Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Pielonefrite, Glomerulonefrite na forma crônica, distúrbios vasculares, obstruções do trato urinário, medicamentos e agentes tóxicos. Destacam-se a Diabetes Mellitus e a Glomerulonefrite como causas principais, sobretudo em idosos. (COELHO, 2015). Dentre os sinais e sintomas ocasionados pela DRC destacam-se: náuseas, vômitos, constipação ou diarreia, fraqueza, fadiga, anorexia, níveis de consciência alterados, concentração incapaz, convulsões, pele seca e tremores. A principal forma de tratamento para pacientes que estão no último estágio da DRC é a hemodiálise e cerca de mais de um milhão de pessoas sobrevivem com alguma forma de tratamento dialítico em todo mundo. Entendendo a complexidade da doença renal crônica e as limitações desta, visto que o paciente encontra-se em estado terminal, é necessário que façamos uma reflexão sobre a importância da assistência conjunta visando o cuidado na sua totalidade, ofertando não apenas a terapia farmacológica, mas o apoio psicológico frente a um momento tão delicado. Nesse sentido, a colaboração de toda a equipe é imprescindível para integração de saberes e fortalecimento do trabalho em equipe, tendo em vista um objetivo que é a manutenção do paciente de forma confortável. Para que isso ocorra é indispensável que os profissionais que compõe este cenário tenham conhecimento, habilidades técnicas, domínio intelectual e conhecimento a cerca do assunto para desenvolver ações com competência e responsabilidade. A comunicação é outro ponto relevante, em razão da maioria dos pacientes possuir uma dificuldade em aceitar a sua condição para isso, é necessária a escuta qualificada e um suporte para enfrentamento da doença, tal como incentivo a continuidade da terapia. A ideia central da participação da equipe multiprofissional é assistência integral ao indivíduo, em atenção à fragilidade do paciente frente ao tratamento hemodialítico. (PASCOAL, 2009; PREZOTTO, 2014). O profissional enfermeiro, portanto, tem um papel de extrema importância no cuidado e tratamento de pacientes renais, principalmente aqueles que precisam fazer uso de hemodiálise, cabendo a ele diversas responsabilidades, tanto no que concerne a assistência, como a tomada de decisões. Oliveira et al (2015), por exemplo, atribui algumas competências próprias do enfermeiro nesse processo, destacam-se as competências assistenciais: interpretação de exames laboratoriais, o cuidado e manipulação dos cateteres e fístulas, bem como identificar juntamente ao profissional médico, o paciente e a família sobre o método mais adequado para cada paciente de acordo com a Associação Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN); Competências administrativas: capacidade para a tomada de decisões que garantam resultados e que tragam efetividade ao paciente, determinar novas maneira de fazer em hemodiálise com a adaptação ao processo de trabalho, a rotina e a experiência do profissional; e competências educativas: proporcionar o conhecimento da doença e do tratamento aos pacientes com o propósito de melhorar a sua qualidade de vida, por meio de orientações, palestras, panfletos e manuais adequados a sua prática social. **CONCLUSÃO:** A presente revisão de literatura teve como objetivo descrever à importância do enfermeiro na assistência ao paciente em hemodiálise para que seu tratamento possa ser seguido de forma humanizada e coerente, trazendo benefícios e melhoria em sua qualidade de vida. Desse modo, o enfermeiro possui

competências que o faz habilitado a isso, sendo papel fundamental para o cuidar em hemodiálise, investindo na qualidade da assistência, a tomada de decisões e desenvolvendo ações educativas para o paciente e sua família.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Hemodiálise. Diálise Renal. Assistência de Enfermagem. Cuidados Paliativos.

REFERÊNCIAS

COELHO, T. F. M.; COELHO, W. **Clínica Médico-Cirúrgica**. 1. ed. Sanar, 2015. 282 p.

OLIVEIRA, N. B.; et al. Competências do enfermeiro especialista em nefrologia. **Rev Enferm. UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 375-380, 2015.

PASCOAL, M.; et. al. A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, 2009.

PREZOTTO, K. H.; ABREU, I. S.; O paciente renal crônico e a adesão ao tratamento hemodialítico. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v.8, n.3, p.600 -605, 2014.

ROMANO, R. T. **Enfermagem Clínica: assistência humanizada e cuidados integrais a saúde do adulto e do idoso**. Rio de Janeiro, RJ: Senac Nacional, 2014. 116 p.

SILVA, G. L. D.; THOMÉ, E. G. R. Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda: intervenções de enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 33-39, 2009. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de diálise [internet]. 2012. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/pdf/publico2012.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2016.

SILVA, K. A.; NUNES, Z. B.; As intervenções de enfermagem mais prevalentes em um serviço de hemodiálise frente às intercorrências com a fístula arteriovenosa durante a sessão de hemodiálise. **Enfermagem/Nursing**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 2, p. 110-113, 2011.

SILVA, R. A. R. et. al. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Esc. Anna Nery**. Natal, v. 20, n. 1, p. 147-154, 2016.

WILLING, M. H.; LENARDET, M. H.; TRENTINE, M.; Gerenciamento e cuidado em Unidades de Hemodiálise. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 2, p. 177-182, 2006.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DURANTE A HEMODIÁLISE

Zenyth Gomes Medeiros
Erta Bezerra da Silva Alves
Andressa Mônica Gomes Fernandes

INTRODUÇÃO: A hemodiálise é um procedimento utilizado para pacientes com Doenças Renais agudas e crônicas. A insuficiência renal aguda acontece rapidamente, entre horas ou dias, sendo ocasionada por uma lesão nos rins. O tratamento deve ser através de dietas alimentares, medicamentos e quando há perda da função renal inicia-se a hemodiálise. A hemodiálise é vista como esperança de vida, pois evita a morte já que a perda da função renal é irreversível. É um procedimento que extrai as substâncias tóxicas do sangue e remove o excesso de água do corpo do paciente. Na hemodiálise, existe uma máquina que age como um rim artificial, que tem o dialisador e os tubos. Neste, o sangue arterial com toxinas vai para a dialisador, onde as toxinas são removidas e o sangue venoso é devolvido ao paciente. Com isso, acontece a osmose removendo água do sangue já que o rim não está suprindo suas necessidades. O acesso para realizar o procedimento deve-se ser feito através de um cateter nas veias jugular, subclávia ou femoral sendo esse implantado pelo médico. Também pode ser através de uma fistula que é a união de uma artéria a uma veia para pacientes em hemodiálise crônica. O tratamento é realizado três vezes por semana, quatro horas por dia, em um ambiente ambulatorial, também pode ser realizado em domicílio, porém é menos comum. Durante a hemodiálise, o paciente pode apresentar vômitos, câimbras, hipotensão, complicações do acesso, dispneia, a anemia pode se agravar devido à perda de sangue. Sendo assim, durante a diálise, o médico pode solicitar o uso de eritropoietina, que é um hormônio glicoproteica produzida pelos rins e fígado em menos quantidade, como os pacientes em hemodiálise ficam mais provável de ter anemia, acontece o uso desse hormônio aplicado por via intravenosa, utilizando até 3 vezes por semana no momento da hemodiálise. Os pacientes tendem a ser mais depressivos devido à alta mudança de sua rotina, com limitações na alimentação e no esforço físico, muitos pacientes acabam se isolando por tristeza, medo ou até mesmo a vergonha de viver com limitações, principalmente para os homens. Todas essas intercorrências devem ser identificadas e prestar a assistência adequada.

OBJETIVO: Este estudo teve como objetivo descrever a atuação do enfermeiro ao paciente durante a hemodiálise. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. A busca dos artigos feita na base de dados da Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS) e na base de dado ScientificEletronic Library Online (SCIELO), no período de outubro a abril de 2016. Foram utilizados como critérios de inclusão os textos na íntegra, em idioma português e publicado nos anos de 2010 a 2016. Sendo assim, os critérios de exclusão foram textos incompletos, em formatos de teses, dissertação e anos anteriores a 2010, idiomas inglês e espanhol. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A Doença Renal Crônica (DRC) é irreversível e progressiva, ocasionando nos rins. Já a Insuficiência renal crônica é a impossibilidade dos rins manter sua função, com isto, é realizado o tratamento que supra essa necessidade, sendo a terapia substitutiva. Considerando que a DRC vem aumentando progressivamente levando o paciente a realizar hemodiálise, quando o tratamento conservador não resolve em estágios avançados, pode-se também

realizar o transplante. Sendo diagnosticada no início, pode evitar sua prolongação para os estágios mais avançados, porém, mesmo em estado mais avançado deve-se evitar suas complicações, adquirindo uma alimentação saudável controlando os níveis de pressão arterial e glicemia. A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) é muito importante para os pacientes em tratamentos renais, sendo este considerado um indicador essencial para a saúde. Existem muitos avanços no tratamento para prolongar a vida do paciente e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, mas, infelizmente muitos pacientes ainda têm baixa qualidade de vida, o tratamento com a hemodiálise tem como objetivo prolongar a vida e proporcionar maior qualidade de vida ao portador de IRC. Nota-se que a hemodiálise afeta tanto o meio em que vive quanto o psicológico do paciente, principalmente os idosos. A identificação dos fatores de risco para o idoso é essencial para um tratamento mais eficaz. A qualidade do atendimento de enfermagem ao paciente submetido à hemodiálise deve ser amplo, humanizado e com vontade de ajudá-los. No tratamento, precisa de uma adaptação da família com o paciente, necessitando de mais atenção com sua alimentação e seu psicológico, pois eles têm a tendência de ficar mais depressivos devido à mudança de vida. Com isso, a família deve-se adaptar a nova rotina do paciente, dando assim maior assistência, apoio e carinho. Quando o paciente realiza hemodiálise, é necessário um atendimento humanizado, muitos pacientes estão fragilizados com a mudança de vida e com as consequências das limitações da alimentação e rotina de vida. A família em conjunto com a enfermagem deve realizar ações para melhora no bem estar do paciente, entre eles o de reintegrar o paciente na sociedade, devido à rotina e as sessões de hemodiálise ser longa e cansativa para o paciente, o mesmo acaba se isolando da sociedade. Durante a hemodiálise, o paciente pode apresentar diversas complicações, a atuação do enfermeiro na hemodiálise deve ser ampla, humanizada, coordenando, supervisionando e prestando o melhor atendimento ao paciente. Ações de promoção à saúde são importantes para evitar complicações futuras. Hematoma e extravasamento são uma das maiores intercorrências nos pacientes que realizam hemodiálise. Momento em que deve imediatamente parar a sessão, retirar agulha e aplicar gelo no local na primeira hora e 12 horas em seguida e depois aplicar complexas mornas no dia seguinte. O hematoma pode surgir ao puncionar, durante e quando terminar a sessão. O enfermeiro deve esclarecer como é feito o procedimento, orientando o antes e o pós, fornecendo assim orientações no qual o paciente pode realizar para evitar possíveis complicações, evitando o excesso de sal, ter alimentação equilibrada e seguir rigidamente as orientações nutricionais. Deixando sempre o paciente ciente sobre sua patologia e seu estado clínico.

CONCLUSÃO: O enfermeiro devesse estar capacitado para prestar o atendimento adequado, digno ao paciente. Com isso, deve se também orientar e esclarecer dúvidas sobre o procedimento. O apoio emocional é muito importante, pois os pacientes têm grandes chances de ser mais depressivos, devido à alta mudança de hábitos de vida, sendo assim, muitas vezes, o próprio paciente sente rejeitado pela sociedade e até pelos próprios familiares. A assistência de enfermagem ao paciente na hemodiálise é de total importância no manuseio do cadete duplo e da fístula, evitando possíveis complicações hospitalares. Tendo em vista que as principais intercorrências - durante o procedimento - é hipotensão, hipertensão, hipoglicemia, náuseas e câibras musculares. Todas as intercorrências devem ser identificadas e realizar a assistência com conhecimento técnico-científico.

Palavras-chave: Nefrologia. Insuficiência Renal. Crônica. Hemodiálise.

REFERÊNCIAS

BRAGA, Sonia Faria Mendes et al. Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de idoso em hemodiálise. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.6, p.1127-1136, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2844.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2015.

MEDEIROS, Maria Carolina Wanderley Costa de; SÁ, Maria da Penha Carlos de. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. **Rev. Rene.**, v.12, n.1, p. 65-72, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a09v12n1.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2015.

SMELTZER, Suzanne C. et al. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Guanabara Koogan, v.3, p. 1330-1341, 2012.

TAKEMOTO, Angélica Yukariet et al. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Rev. Gaúcha Enferm.**,v.32, n.2, p.256-262, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a07v32n2.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2015.

SILVA, Kleber Aparecido da; NUNES, Zigmar Borges. As intervenções de enfermagem mais prevalentes em um serviço de hemodiálise frente às intercorrências com a fístula arteriovenosa durante a sessão de hemodiálise. **J Health Sci Inst.**, v.29, n.2, p.110-113, 2011. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/02_abr-jun/V29_n2_2011_p110-113.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2015.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE PACIENTES QUEIMADOS

Aysa Nayara Silva de Moraes
Paula Karoline Melo de Sousa
Viviane Araújo da Câmara
Karolina de Moura Manso da Rocha

INTRODUÇÃO: O fundamento da enfermagem baseia-se no ato de cuidar, oferecendo uma recuperação segura, executando medidas adequadas, a fim de prevenir as demais complicações. No tratamento de queimados a assistência de enfermagem de maneira holística é essencial, não sendo apenas a parte técnica importante, como também o apoio psicológico ofertado por toda equipe abordando desde o paciente até sua família, por ser tratar de uma situação muito delicada que envolve dor, sofrimento, ansiedade e aceitação. “Os pacientes queimados são muito dependentes da equipe de saúde durante o longo período da terapia e recuperação por serem incapazes de executar o cuidado individual e precisam ser incluído no processo de incentivo ao autocuidado.” (SMELTZER et al., 2011). É de inteira responsabilidade do enfermeiro criar um ambiente favorável para que este não se torne propício ao desenvolvimento de diversos fatores que possam afetar a evolução do quadro clínico do paciente. O mesmo na condição de queimado necessita de um tratamento íntegro e efetivo e a equipe de enfermagem deve assegurar não apenas isso, como também o seu conforto, tendo em vista a minimização de seu sofrimento. O profissional de enfermagem necessita também estar preparado ao se deparar com um paciente queimado, principalmente um grande queimado, devido à modificação de sua imagem corporal, como também o estado emocional em que ele se encontra. Diante disso é de extrema importância o seu comportamento ético frente às situações encontradas. **OBJETIVO:** Compreender na literatura a assistência de enfermagem ao pacientes queimados. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, na qual consiste em realizar pesquisas anteriores a partir de registros disponíveis, com a finalidade de buscar o conhecimento a respeito dos cuidados e tratamentos da equipe da enfermagem a vítimas queimadas, a partir de publicações de 2011 a 2016, foram selecionados 7 artigos. Como critério de inclusão, os que discorriam sobre o conteúdo proposto embasados no contexto da enfermagem inserida dentro do processo citado, e também artigos em português e na íntegra. Como critério de exclusão os artigos menos atuais, com mais de seis anos de publicação, nos quais também foram considerados não tão relevantes para a proposta, no período de pesquisa entre 19 de Março a 21 de abril de 2016, utilizando bases de dados da BIREME, como: LILACS e BDEF (Bases de Dados da Enfermagem), a Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras e livros da área como complemento. Contendo os seguintes descritores: Enfermagem, Tratamento, Epiderme, Paciente e Contaminação. **RESULTADOS:** Queimadura caracteriza-se por lesões teciduais provocadas por agentes químicos, térmicos, elétricos ou radioativos. A depender da profundidade são classificadas como de: primeiro grau (atinge a epiderme, assim sendo mais superficial, deixando a região hiperemiada); segundo grau (atinge não só a epiderme como também a derme, formando flictena); terceiro grau (atinge tecidos subcutâneos, podendo também atingir estruturas ósseas, músculos e tendões). “Para calcular a ASCT - Área de Superfície Corporal Lesada usa-se um método conhecido como Regra dos Nove,

que consiste em determinar o percentual alcançado pela lesão. Nesta regra, cada parte do corpo equivale a uma porcentagem específica, a cabeça equivale a 9%, pescoço 9%, braços 9% cada, tronco 36% (face anterior e posterior), pernas 18% cada, genitália 1%, e mão também 1% cada, totalizando 100%" (SMELTZER et al., 2006, apud CARVALHO et al., 2008). O tratamento consiste em um planejamento a partir da proporção da queimadura, ou seja, quanto maior sua área, maior será o tempo de terapia, em que o enfermeiro, que precisa ter um nível significativo de conhecimento a respeito do assunto, possa dar o suporte correto juntamente com o médico. Na assistência imediata, a equipe de enfermagem isola a área afetada para evitar uma possível contaminação, onde não é recomendado aplicar nenhum produto doméstico ou medicamento, até ser encaminhado para um centro terapêutico para realizar o atendimento, procedimentos e exames necessários. Deve-se, primeiramente, controlar a dor com o uso de anestésicos apropriados, em seguida a remoção das roupas para melhor visualização das áreas atingidas, realizar anamnese completa, a monitoração de sinais vitais, exame neurológico, verificar as vias aéreas e se necessário, oxigenoterapia, providenciar acesso venoso, realizar SVD (Sonda Vesical de Demora) e controlar débito urinário, e fazer reposição de fluidos. A partir da prescrição médica, será realizado o tratamento de acordo com o tipo e agente da lesão. Existem diversas formas de assistir tal paciente, podendo citar: "Escarotomia, procedimento de emergência, que consiste numa incisão em nível de pele para que não haja a compressão das estruturas e conseqüentemente a necrose de extremidades; Fasciotomia, realizado geralmente para lesões de decorrência elétrica; Debridamento: fundamental para diminuir ameaça de infecção, retirando o tecido contaminado por bactéria e o tecido morto; Enxerto: Em casos de lesões que não conseguem se regenerar por si só, utilizando transferência de pele de humanos vivos ou mortos; Balneoterapia: caracteriza-se por um curativo com lavagem da ferida, o paciente precisa estar sedado nesse procedimento." (CARVALHO et al., 2008). Após a intervenção de um desses procedimentos, a partir do caso clínico específico, é de responsabilidade da enfermagem a troca diária de curativo mantendo rigorosa técnica asséptica, em caso de uso de anestesia, o paciente ficará em jejum por oito horas, em seguida é realizada a limpeza da superfície da pele queimada usando a cobertura adequada. "No caso de enxertos o paciente será ocluído e ao passar três dias, realiza-se sua limpeza do mesmo e remoção dos curativos com água corrente. Oclui-se, por sua vez a área enxertada com gaze, vaselina e atadura. No caso da área de onde foi retirada a doação, utiliza-se pomada, compressa e atadura." (ALMEIDA; SANTOS, 2013). Os cuidados vão se estender a partir da monitoração dos resultados obtidos ao longo da terapia. Deverá ser sempre executado o registro das ações, bem como a comunicação com toda equipe envolvida. **Conclusão:** É notória a preocupação do paciente com sua estética após um acidente dessa natureza, pois se fragiliza diante de sua situação ao ver o seu físico prejudicado, comprometendo seu estado psicológico, além da dor, isso reflete diretamente na formação do profissional de enfermagem que deve ser pautada não só no trabalho técnico, como também na humanescência. O suporte adequado inclui o trabalho que desenvolva ao máximo a aceitação do paciente perante seu quadro, apoiando e incentivando a família da vítima, entendendo que sua dor não é apenas física, mas também emocional. Merece destaque a questão do psicológico do profissional, tendo em vista que o mesmo enfrenta um cenário de estresse diante da rotina diária de um paciente

queimado, contudo, se devem desempenhar suas ações de forma a proporcionar o aumento da qualidade de vida e o melhoramento da reabilitação do paciente.

Palavras-chave: Enfermagem. Paciente. Superfície Corporal. Anestesia. Tratamento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. W. F.; SANTOS, S. J. N. Assistência de Enfermagem em Grupos de Risco a Queimadura. **Revista Bras. Queimaduras**, Curitiba-PR, p.71-76, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-752772>> Acesso em: 22 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Editora MS, 1. ed. Brasília-DF, 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-687535>> Acesso em: 25 abr. 2016.

CARVALHO, C. et al. **Assistência de Enfermagem em Unidade de Tratamento de Queimados**. 2008. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/assistencia-de-enfermagem-em-unidade-de-tratamento-de-queimados/6603/>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

MATOS, J. C.; ANDRADE, F. C. B.; MADEIRA, M. Z. A. Assistência de Enfermagem a Pacientes Vítima de Queimaduras: uma Revisão de Literatura. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, PI, p.74-78, 2011. Disponível em: <<http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n2/rev/rev1v4n1..pdf>> Acesso em: 22 abr. 2016.

OLIVEIRA, E. et al. O trabalho de enfermagem em centro de tratamento de queimados: risco psicossociais. **Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental Online**, Rio de Janeiro, p. 3317-3326, 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-27196>> Acesso em: 23 Abr. 2016.

OLIVEIRA, T. S.; MOREIRA, K. F. A; GONÇALVES, T. A. Assistência de Enfermagem com Pacientes Queimados. **Revista Bras. Queimaduras**, Porto Velho, RO, p.31-37, 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-752211>> Acesso em: 22 Abr. 2016.

SILVA, B. A.; RIBEIRO, F. A. Participação da Equipe de Enfermagem na Assistência à dor do Paciente Queimado. **Revista Dor**, São Paulo, SP, p. 342-348, 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-609263>> Acesso em: 25 Abr. 2016.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.3, p. 1748, 2011.

AS AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A REDUÇÃO DO ABANDONO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA

Marileide Cavalcante do Nascimento
Juliana de Medeiros Garcia
Cinthya Berto Verde
Karolina Moura Manso da Rocha

INTRODUÇÃO: O ato da amamentação materna representa a forma mais natural de alimentar uma criança nos seus primeiros meses de vida, sendo esta prática de importante relevância e inquestionável no desenvolvimento da criança (VITOR et al., 2010). Por isso, nenhum outro produto ou leite industrializado é capaz de oferecer ao lactente os nutrientes que há no leite da mãe (PASSANHA et al., 2013). A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo até os primeiros seis meses, porém essa prática não acontece com frequência até mesmo nos serviços de saúde. O estudo tem o intuito de apresentar a importância das ações de enfermagem na redução do não-abandono do ato da amamentação materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança. A pesquisa é de extrema acuidade para o presente século, uma vez que, se passa por anos de relevantes mudanças e transformações sociais, econômicas e emergentes no Brasil. Tais mudanças não acometem somente o novo padrão de vida das novas famílias, mas também, dias atarefados e repletos de afazeres e obrigações dos pais ou até mesmo familiares que muitas vezes cuidam dos recém-nascidos. Logo, a enfermagem, junto a toda equipe de saúde, é a base que pode prestar um serviço diferenciado e por meio da metodologia científica trabalhar a importância do aleitamento exclusivo e suas formas de oferecê-lo para a criança. Diversos fatores têm sido apontados pela literatura científica como determinantes da interrupção do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), como por exemplo, falta de orientação sobre os benefícios, escolaridade materna, nível socioeconômico, limitações maternas e profissionais, presença do parceiro e apoio da família, e ainda uso de chupetas e bicos artificiais. **OBJETIVO:** O presente trabalho tem como objetivo identificar na bibliografia científica de saúde as principais causas relacionadas ao abandono da amamentação exclusiva entre crianças e as fundamentais ações de enfermagem para evitar essa situação. **METODOLOGIA:** trata-se de uma revisão de literatura científica que consiste em buscar e avaliar a descrição do corpo do conhecimento em busca de respostas com saber seguro e válido [...] (SILVA; SILVEIRA, 2009), que explorou o universo de seis artigos da base de dados Bireme, indexados na Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF), tal fonte é uma biblioteca virtual em saúde e ainda um centro especializado da organização Pan-Americana da Saúde. Foi usado como descritores: aleitamento materno exclusivo, desmame e enfermagem, com o cruzamento das palavras: desmame precoce AND aleitamento exclusivo e leite materno AND ações de enfermagem, com critérios de inclusão artigos nacionais, completos e de livre acesso. Quanto os critérios de exclusão foram eliminados artigos inferiores ao ano de 2009 que fugiam da temática trabalhada sendo considerados apenas entre 2010 a 2016. **RESULTADOS:** O oportuno resumo foi elaborado mediante produções científicas em saúde que tratam do aleitamento materno exclusivo. Com os estudos, foi observado em Vitor et al. (2010) que o AME teve menor proporção (71,4%) entre as crianças cujas mães relataram possuir o

nível universitário com relação a outros níveis inferiores de instrução. Quanto à análise da influência socioeconômica sobre a prática do aleitamento materno, o caso mostrou-se relativamente negativo (FIGUEIREDO et al., 2015). Pois, as famílias de alto nível financeiro apresentam, na maioria dos casos, níveis de escolaridade mais elevados possuem maior acesso tanto aos produtos substitutos do leite materno quanto à chupeta e mamadeira, e estes, também não faziam uso exclusivo do aleitamento materno como foi verificado em (CARRASCOZA, 2011). Inversamente ocorreu com as famílias de baixo nível socioeconômico em que, geralmente, apresenta menor nível de instrução “no entanto, possuem menor possibilidade de aquisição de fórmulas infantis, chupeta e mamadeira [...]” (CARRASCOZA et al., 2011) e estes sim, de acordo com o estudo, faziam uso do aleitamento. Também é importante ressaltar o fato do não-aleitamento exclusivo as mães terem jornada dupla de trabalho, ou seja, se ocupar dos afazeres domésticos e também externos como forma de renda. Contudo, se o emprego oferecesse possibilidade de amamentar, o uso exclusivo da amamentação era feito (SOUZA et al., 2011). Assim sendo, foi observado que as mães que possuem um nível socioeconômico mais elevado (pelo menos 3º grau de escolaridade completo e superior a três salários mínimos) apresentam um maior índice de desmame precoce e conseqüentemente introdução de novos alimentos antes do período recomendado pela OMS. Isso sucede devido à vida moderna da mulher que está voltada a longas jornadas de trabalho e entre outras ocupações do lar (CARRASCOZA et al., 2011). Relataram-se também dificuldades relacionadas à “pega” e inflamações na mama das mulheres, dificultando assim o uso exclusivo da amamentação. Outros aspectos relevantes foi o “conhecimento prático e científico dos profissionais, a desvalorização dos aspectos socioculturais maternos, as práticas hospitalares inadequadas, falta de apoio dos profissionais à mãe” (ZENKNER et al., 2013). **CONCLUSÃO:** Prontamente, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve ser o ponto crucial para o uso da AME, uma vez que este profissional possui proximidade e interação durante todo o processo gestacional e pós-parto. As ações de enfermagem com relação aos cuidados de saúde da criança e do lactente são de extrema seriedade, cabe a estes enfermeiros e sua equipe orientação e informação durante o pré-natal e fase puerperal quando as vantagens e benfeitorias da amamentação exclusiva. Como por exemplo, a técnica da ordenha e de higienização necessária para o armazenamento e manipulação do leite materno (SOUZA et al., 2011). O aprimoramento do conhecimento científico e prático dos profissionais, voltado para capacitações e atualizações durante toda vida de trabalho deste. Promover ações de acordo com o perfil de cada mãe e aperfeiçoar as possibilidades de amamentar e assim inclusão dessas novas mulheres na amamentação. É preciso também à manutenção e seriedade de campanhas e atuações de enfermagem nos serviços de saúde para conversar e conhecer o moderno perfil e novas necessidades das mães do século vinte e um. Incentivar do mesmo modo quanto aos privilégios e benefícios do ato, exposições práticas com outros grupos de mães, cartazes, folhetos e panfletos, de maneira contínua e incessante a fim de que pela insistência se obtenha melhores índices da prática de AME (SOUZA et al., 2011).

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Desmame Precoce. Ações de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

CARRASCOZA K. C. et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 10, p. 4139-4146, 2011. Disponível em: <http://www.escs.ed.br/pesquisa/revista/2011VOL22_3_5/-%20Aspectos.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2016.

FIGUEIREDO M. C. D. et al. Banco de leite humano: o apoio à amamentação e a duração do aleitamento materno exclusivo. **Journal of Human Growth and Development**, 2015, v. 25, n. 2, p. 204-210. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001100019>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

PASSANHA, A. et al. Implantação da rede amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. **Revista Saúde Pública** 2013, v.47, n.6, p.1141-1148. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572009000300001>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

SILVA, José Maria da; SILVEIRA, Emerson Sena da. **Apresentação de trabalhos acadêmicos** : normas técnicas. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009, 145p.

SOUZA, N. K. et al. Aspectos envolvidos na interrupção do aleitamento materno exclusivo. **Com. Ciências Saúde**, v. 22, n. 4, p. 231-238, 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/ih/online?IscScript=iah/ianh.xix&src=google&base=LILACS&lag=p&nextAction=Ink&exprSearch=685844&indexSearch=ID>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

VITOR, R. S. et al. Aleitamento materno exclusivo: análise desta prática na região Sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p.44-48, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://DX.dói.org/10.1519/s0021-755720100005000015>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

ZENKNER, J. R. G.etal. Alojamento conjunto e aleitamento materno: revisando seu impacto na produção científica da enfermagem, **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online**, v. 5, n. 2, p. 3808, 2013. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resouce/pt/bde-24542>>. Acesso em: 29 abr. 2016.

COMO SABER QUE CHEGOU A HORA? SINAIS E SINTOMAS DO TRABALHO DE PARTO

Anne Fernanda das Chagas
Jessiany Luazia Bezerra da Silva
Maria Francilayne da Silva Souza
Marli Beatriz Soares de Medeiros
Pamela Raquel Galdino da Silva
Isabel Cristina Araújo Brandão

INTRODUÇÃO: O parto é o processo do nascimento pelo qual o feto e a placenta serão expulsos ou retirados do útero quando estiverem desenvolvidos. Pode ocorrer por via vaginal, o chamado parto natural, ou transabdominal, na cirurgia cesariana. Nem sempre é possível saber o momento exato do início do trabalho de parto, porém, o mesmo se manifesta por meio de sinais e sintomas que podem ajudar a mulher, a saber, o momento que seu filho pode estar chegando. No Brasil, são grandes os números de partos cesarianos realizados na rede privada, representando cerca de 80% dos procedimentos realizados. Este número expressa, na maioria das vezes, o medo das gestantes e a vontade de alguns obstetras, tendo em vista que esses últimos são melhores remunerados quando do procedimento cirúrgico. Na rede pública, o número de partos cesáreos chega a cair para 40% do total, e na maioria das vezes só é feito quando a gestante possui realmente indicação médica. No setor público, ainda observa-se grande número de partos que ocorrem por via vaginal. Esses continuam sendo mais seguros para a mãe e para o recém-nascido. Destaca-se que além de expor mãe e filho a um menor risco o parto natural é, muitas vezes, de total responsabilidade do enfermeiro obstetra, o qual oferta orientações à mãe sobre os tipos de parto, seus respectivos riscos, as vantagens e desvantagens de cada método, bem como recomendações que devem ser seguidas durante o acompanhamento pré-natal da gestação. No Brasil, com a evolução das políticas públicas de saúde da mulher, destaca-se a integralidade do cuidado, do resgate da fisiologia do parto e da atenção humanizada. Em 1984, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, focado nas ações de assistência nas diversas fases da vida. Em 2000, foi lançado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, programa específico para atender gestantes, recém-nascidos e puérperas, com objetivo de reduzir a morbimortalidade perinatal; garantir acesso, qualidade e cobertura do pré-natal, parto e puerpério; ampliar a rede de assistência ao pré-natal de risco; com ênfase na maternidade segura, capacitação profissional e humanização da assistência. Aproximadamente 60% das grávidas referem sensação de medo e de ansiedade nos últimos meses de gestação, desconhecendo os sinais e sintomas do trabalho de parto, bem como o momento adequado para se encaminharem a maternidade. Mediante tal constatação, o presente estudo visa responder a seguinte questão de pesquisa: Quais os sinais e sintomas do trabalho de parto? Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo descrever os sinais e sintomas clássicos do trabalho de parto e a assistência de enfermagem prestada nesse momento. **METODOLOGIA:** O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura, realizado por meio da busca eletrônica nas bases de dados SCIELO e LILACS. Para a seleção dos artigos utilizaram-se os descritores: trabalho de parto, sinais e sintomas, assistência de enfermagem. O recorte temporal dos artigos utilizados foi do ano de 2010 a 2016. A busca dos

dados ocorreu no mês de abril de 2016. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O trabalho de parto pode ser diferente de mulher para mulher, várias mudanças fisiológicas vão ocorrendo no corpo da mulher para fazê-la dar à luz. Os profissionais de saúde não devem voltar a sua atenção apenas para os sinais e sintomas clínicos do trabalho de parto, mas precisam orientar a futura mãe e/ou casal a diferenciar os verdadeiros sinais e sintomas presentes nesse momento, para diminuir e evitar idas desnecessárias à maternidade. Nas mulheres primigestas, os sinais começam aproximadamente de duas a três semana antes do início do parto, já nas mulheres com mais de uma gestação, os sinais normalmente nem ocorrem antes do trabalho de parto. Ao aproximar-se do final da gestação, a mulher pode apresentar algumas mudanças fisiológicas que anunciam que a hora do parto está próxima. Algumas dessas manifestações são chamadas de sinais e sintomas prodrômicos, descritos como: insinuação, em que o volume uterino cai e ocorre o abaixamento do abdômen da mulher; contrações regulares com intervalos cada vez menores, com duração e intensidade aumentando gradualmente, sendo mais frequente a noite e diminuindo pela manhã; dores lombares são devidas ao aumento de peso e o crescimento do abdômen; polaciúria; perda do tampão mucoso; rompimento do saco amniótico (rotura da membrana); sensação e vontade de defecar; diminuição dos movimentos fetais. Com o surgimento desses sinais e sintomas a gestante poderá identificar o momento de se dirigir à maternidade, evitando deslocamentos precoces e desnecessários. Nesse sentido, cabe destacar a importância da assistência de enfermagem prestada às mulheres no final da gestação, pois são de responsabilidade do enfermeiro o acompanhamento pré-natal e o papel de educar a mãe para que a mesma possa identificar os verdadeiros sinais e sintomas do trabalho do parto. Dentre os profissionais que atuam no pré-natal, o enfermeiro é um profissional qualificado para o atendimento à mulher por atuar na perspectiva educativa, de prevenção e promoção da saúde. A assistência de enfermagem no pré-natal acontece em um momento adequado para identificar, tratar ou controlar patologias; prevenir complicações na gestação e parto; assegurar a boa saúde materna; promover bom desenvolvimento fetal e reduzir os índices de morbimortalidade materna e fetal, como também o esclarecimento e medos que a gestantes tem sobre a hora do parto. É de importante relevância que o enfermeiro possa acalmar a futura mamãe para ela reconhecer o momento certo do início do seu trabalho de parto. O atendimento deve sempre ser de qualidade e humanizado, praticando condutas acolhedoras; com ações que associem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido. O estágio final da gestação é a fase mais interessante para mulher, ressaltando a importância do relaxamento, onde ela pode curtir os momentos únicos do final da gravidez. Ao começar o trabalho de parto a mesma verá que valeu a pena reconhecer os sinais verdadeiros, evitando o estresse de idas e vindas à maternidade, sem que seu bebê estivesse no tempo certo para o nascimento. Neste momento, as informações repassadas à mãe são bem vindas, pois quem escolhe o tempo certo de nascer é o bebê. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Constatou-se que mesmo a mulher passando por todos os sinais e sintomas do início do trabalho de parto, ela não se dá conta que está chegando a hora de parir. É de fundamental importância que o enfermeiro que está acompanhando sua gestação esclareça todo o processo, deixando-a assim mais segura e preparada para o momento do parto. Assim, a mãe poderá dedicar-se à entrega e ao amor incondicional que dispensará ao seu filho. Falar sobre a fase final da gestação, o tão esperado momento do parto,

traz à tona, além das possibilidades de procedimento existente para o parto – natural ou cirúrgico-, todo o lado emocional. É de suma importância o papel que o enfermeiro desempenha durante toda a gravidez. É de elemental significância que essa gestante tenha sido orientada durante o pré-natal que existem sinais verdadeiros e falsos que evidenciam a hora da chegada do bebê, o que diminui estresse desnecessário, além de evitar ansiedade, idas desnecessárias ao hospital, nervosismo e apreensão. Ter uma gestante informada sobre o que está acontecendo compete à enfermagem, visto que esse profissional acompanhou a mesma durante toda sua gestação, e poderá inclusive recepcionar a chegada desse indivíduo ao mundo.

Palavras-chave: Trabalho de Parto. Sinais e Sintomas. Assistência de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

APOLINÁRIO, D. et al. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. **Rev. Rene**, v. 17, n. 1, p. 20-8, jan./fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: Manual técnico**. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS /Ministério da Saúde, 2000, 66p.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Tratado prático de enfermagem**. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis, 2006.

OLIVEIRA, M.E; MONTICELLI, M; BRÚGGEMANN, OM (Org.). **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. 2. ed., rev. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. 320p.

PRIMO, C. C. et al. Classificação internacional para a prática de enfermagem na assistência pré-natal. **Enferm. Foco**, v. 6 n. 1/4, p. 17-23, 2015.

MUDANÇAS NO CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO

Adelmaria Florêncio de Moraes
Maria Elisabete
Nayara Soares de Oliveira
Patrícia Santos Berto
Renato Rosário do Nascimento
Karolina de Moura Manso da Rocha

INTRODUÇÃO: O Ministério da Saúde publicou em 26/10/2015 uma nota informativa referente às mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2016, devido a situação epidemiológica na qual o país se encontra essa ação é bem comum, pois durante anos ele passa por adaptações de acordo com o surgimento de doenças ou em casos de endemias, pandemias, epidemias ou para manter o controle das mesmas. As principais mudanças foram na HPV, Hepatite “B”, Pneumocócica 10 valente, Meningocócica “C” conjugada, Poliomielite, Hepatite “A”. Registros mostram que em 1804 chega ao território brasileiro a vacina, e que, em 1980, iniciou-se uma campanha em nível nacional contra a poliomielite, também tivemos no Brasil o último caso de paralisia infantil no ano de 1989. Devido a uma epidemia de varíola o ato de vacinar tornou-se obrigatório no Brasil, sendo aprovado no congresso em 31/10/1904, esse é um exemplo claro de que as mudanças sofridas na sociedade sejam elas causadas por introdução de outras pessoas ou mudança de hábitos, influenciam intensamente na qualidade da nossa saúde. No decorrer dos anos, foram criadas inúmeras vacinas, essa é uma corrida contra o tempo devido à capacidade que os vírus e bactérias têm de se modificar tornando-se cada vez mais resistentes a forma de tratamento atual e agressivos ao nosso organismo, esses fatores associados aos maus hábitos de higiene e aglomeração de pessoas favorecem para a disseminação de doenças infecto contagiosas, buscando erradicar essas patologias criou-se a PNI (Programa Nacional de Imunização) instituída em 1973, que atualmente distribui milhões de imunobiológicos dentre vacinas e soros, ofertado para toda população gratuitamente. Desse modo, o objetivo do estudo é identificar as principais mudanças no calendário de imunização.

METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão de literatura, processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento visando uma melhor compreensão sobre as mudanças ocorridas no Calendário Nacional de Vacina.

RESULTADOS: A oferta para a vacina *Hepatite “B”* foi ampliada para a população independentemente da idade ou condição de vulnerabilidade, no qual era disponível apenas para pessoas com faixa etária até 49 anos, pois observou que os idosos quando acometidos pela enfermidade o prognóstico era pior já que sua contaminação ocorre por meio de relações sexuais, a *Pneumocócica 10 valente* foi retirada a terceira dose que era feita aos seis meses de nascido permanecendo com o reforço aos dois e quatro meses de vida da criança sendo de preferência aos 12 meses, podendo ser administrada até os quatro anos de idade, já a *Meningocócica “C”* conjugada é realizada aos três e cinco meses com reforço aos 12 meses podendo ser realizada até aos quatro anos, onze meses e vinte nove dias, mesmo as crianças que não tem por algum motivo como comprovar que tomaram as outras doses, esta pode se dirigir a uma unidade de atenção básica mais próxima da sua residência para regularizar o cartão de vacina, a *Poliomielite* também substituiu a terceira dose, que antes era administrada por VO 02 gotas (VOP trivalente) passa a ser administração

pela via IM 0,5 ml (VIP bivalente), com a *Hepatite "A"* mudou-se a faixa etária de doze meses para quinze meses sendo dose única, podendo ser realizada até aos 23 meses e 29 dias de vida com 0,5 ml IM, o esquema do HPV ficou da seguinte forma, duas doses administrada a segunda seis meses após a primeira, anulando a terceira dose do calendário, assim fica determinado pelo ministério da saúde que a terceira dose da Pneumocócica administrada aos seis meses não se administra mais e a vacina oral poliomielite (VOP) foi substituída pela vacina inativada poliomielite (VIP), aos doze meses troca-se a Hepatite "A" pela a introdução da Meningocócica e aos quinze meses adiciona-se a Hepatite "A" junto as demais. Essas mudanças são feitas periodicamente de acordo com os resultados epidemiológicos, com o intuito de melhorar a qualidade da saúde, atualmente, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) distribui cerca de 300 milhões de imunobiológicos anualmente, dentre vacinas e soros, além de oferecer à população todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no Calendário Nacional de Vacinação, essa mudança, é importante destacar que, nos últimos cinco anos, o orçamento do PNI cresceu mais de 140%, passando de R\$ 1,2 bilhão, em 2010, para R\$ 2,9 bilhões, em 2015. Já que o Brasil tem o maior programa de imunização, torna-se uma melhoria tanto para a população que estar usufruindo do programa de imunização (PNI) como para o país em questão de custos financeiros, (Brasil, 2016). Assim ficou o novo calendário de vacina: *Ao nascer* imuniza-se com a BCG e Hepatite B aos 2 meses Pentavalente (DTP + HIB + HB), VIP, P10, VORH; 3 meses Meningocócica "C"; 4 meses primeiro reforço da Pentavalente (DTP+HIB+HB), VIP, P10, VORH; 5 meses Meningocócica "C"; 6 meses realizar o terceiro reforço da Pentavalente (DTP+ HIB+HB), VIP já aos 9 meses administra-se a da Febre Amarela, com 12 meses há a Tríplice viral (SRC), P10, a Meningocócica aos 15 meses imuniza-se com a VOP, DTP, Tetra Viral, Hepatite "A" enfim aos 4 anos um reforço da VOP, DTP assim. **Conclusão:** Considerando o perfil epidemiológico no qual estamos e visando o futuro da saúde pública, percebemos que essa medida conseguirá atingir as metas previstas e conseqüentemente a população se beneficiará dos resultados, principalmente as crianças que terão mais chances de serem acompanhada pelas mães ou pai já que necessariamente os prazos entre as doses estão mais espaçados possibilitando um revezamento a idas na UBS (Unidade Básica de Saúde) para a finalidade de imunização. É preciso ressaltar, no entanto, a importância de a enfermagem estar atualizado buscando evitar iatrogenia, garantindo assim um atendimento de qualidade no qual preserve a saúde do usuário.

Palavras-chave: Vacina. Imunização. Epidemiológico. Enfermagem. Iatrogenia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília-DF, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 149**. Brasília-DF, 2015, Disponível em: < http://www.cvpvacinas.com.br/pdf/nota_informativa_149.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2016.

_____. Ministério da saúde. **Ministério da saúde realiza mudanças no calendário de vacinação**. Brasília-DF, out. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21518-ministerio-da-saude-realiza-mudancas-no-calendario-de-vacinacao>>. Acesso em 05 abr. 2016.

OSELKA, Gabriel et al. Imunizações. **Sociedade nacional de imunização**. São Paulo-SP, 2014. n. 3, v. 7, p. 18, 2014.

EUTANÁSIA E ÉTICA NA ENFERMAGEM

Ariadna Maria Rocha Diniz
Luana Teixeira Muniz
Mariana Cavalcante Felipe
Maria de Lourdes da Silva
Isabel Cristina Araújo Brandão
Karolina de Moura Manso da Rocha

INTRODUÇÃO: O tema abordado neste estudo diz respeito à relação da ética na enfermagem como um dos assuntos mais polêmicos na atualidade. Uma prática que gera discussões em vários setores como o ético, profissional, religioso e social, pois é uma questão na qual se é discutida o direito de lutar pela vida ou escolher a morte. Existem países em que essa prática é admissível, em alguns são considerados crimes leves, já em outros são tidos como uma ação criminosa inaceitável. A ética dos profissionais de enfermagem se baseia nos princípios da beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Por tanto, atua visando sempre o bem-estar individual e coletivo, evitando e não causando danos possíveis, respeitando a liberdade de escolha do paciente sendo justo em qualquer que seja a situação. (BOTTEGA, CAMPOS, 2011). A palavra Eutanásia deriva do grego eu (bom) e Thanatos (morte) com significado: boa morte, indolor e tranquila. Usada pela primeira vez no século XVII, por Francis Bacon, quando este a definiu como um ato de abreviação da vida, abreviando o tempo que ele (paciente) levaria para morrer naturalmente (SOUZA, MARQUES, 2005). Toda e qualquer pessoa deseja uma morte digna. Mas, o que vem a ser morte digna? Para a compreensão da mesma, pacientes e familiares devem apropriar-se do conceito de vida digna. Considerando a atuação do profissional de enfermagem no ambiente hospitalar, estes devem ter domínio dos temas: eutanásia, ortotanásia, distanásia e ética profissional, bem como a sua legalização no nosso país e a influência ética e religiosa para poder auxiliar o paciente e familiar nessa perspectiva. **OBJETIVOS:** O presente estudo buscou perceber na literatura científica a abordagem da eutanásia, no Brasil, e relacionar a ação dessa prática com a ética profissional de enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura realizada através das bases de dados Lilacs e Medline, e também a literatura impressa utilizando os descritores: eutanásia, enfermagem, ética de enfermagem e cuidados paliativos. Foram coletados dados no período de 2000 a 2015, sendo critério de inclusão a literatura que atendia aos objetivos propostos e de exclusão, aqueles que não harmonizavam teoria e prática. Nessa perspectiva, reuniram-se os materiais para proceder ao estudo e realizou-se leitura analítica e sistemática para a elaboração deste trabalho em tópicos. **RESULTADOS:** A prática da eutanásia implica a ação de tirar a vida com intuito de cessar à dor e o sofrimento do paciente que se encontra prestes a morrer e que optou por ela. Além da eutanásia (morte intencional do enfermo a fim de aliviar o seu sofrimento), outros métodos são praticados como: distanásia e a ortotanásia. Segundo França (2003), distanásia está associada ao prolongamento da morte sem propiciar benefícios. A ortotanásia consiste na morte desejável, onde não ocorre o prolongamento da vida artificialmente. (DINIZ, 2001). A ortotanásia, o não prolongamento artificial do processo da morte natural, e a distanásia, prolongar a vida mesmo havendo sofrimento por parte do paciente (SOUZA; MARQUES, 2005). A Medicina passa por profundas modificações diariamente, desenvolvendo ao longo

do tempo diversas pesquisas no âmbito da saúde, esses avanços trazem melhorias significativas no tratamento e cura de diversas patologias, propiciando o prolongamento de vida, no entanto não quer dizer que a morte não chegara. Conforme França (2003), a eutanásia seria uma forma de promover a morte mais cedo do que o esperado, por compaixão, ante a um paciente de cura impossível e sofrimentos insuportáveis, tendo em vista a sua morte inevitável. A complexidade do tema eutanásia divide muitas opiniões, gerando polêmica nos diversos âmbitos da sociedade, sendo assunto bastante delicado, suscita questões, moral, ética, social, religiosa, médica e jurídica, estamos tratando de algo indispensável à vida. São de suma importância o preparo do enfermeiro em sua formação acadêmica quanto ao conhecimento do processo de morte e morrer devendo capacitar-se, buscando adquirir habilidades necessárias ao dispensar cuidados integrais ao paciente, principalmente, quando se trata de um agravo no qual não há condições de reversão do quadro, cientificamente, independentemente de qual seja sua opinião sobre o tema abordado. Nessa perspectiva, a pessoa que se encontra em fase final da vida, o objetivo principal do cuidado já não é mais preservar a vida, mas sim torná-la a mais confortável, e digna possível. Para tanto, se faz necessário à capacitação do profissional visando o respeito à dignidade humana, apreciando valores éticos e morais para que não haja desestabilidade emocional nesse processo, priorizando a assistência ao paciente e familiar. Portanto toda equipe precisa está preparada para auxiliar o paciente e sua família, para lidar com esta problemática, estabelecendo compromisso com a vida plena enquanto bem maior digna de respeito e cuidado. (JUNGES et. al., 2010). O código de ética profissional é necessário e indispensável, pois mostra com clareza a forma de agir. A exemplo, o Código de Ética do Conselho de Medicina do Brasil (Resolução CFM de 1.246/88, Art. 66 - *Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.* E ainda, Art. 61 - *Abandonar paciente sob seus cuidados. Parágrafo 2º - Salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico.* (grifo nosso). Já o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no qual constam os princípios fundamentais diz: *O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões* e está organizado por tópicos incluindo princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética profissional, faz menção ao próprio termo *eutanásia* no capítulo que trata das proibições: *Art. 29 - Promover a eutanásia ou participar em prática destinada a antecipar a morte do cliente.* Nesse contexto, a questão da legalização ou não desta prática é alvo de debates e polêmicas, já que é regulamentada em alguns países como Estados Unidos e o Canadá, permitindo que os médicos suspendam os tratamentos com a autorização do paciente ou de seu representante. No entanto, na maioria dos países a técnica é ilegal. No caso do Brasil, existem implicações penais graves qualificadas como homicídio e penalizadas como crime contra a vida, com pena de reclusão de seis a vinte anos (art. 121 do Código Penal), considerado crime, assim como se constitui em infração ética. Contudo a legislação brasileira de maneira geral não admite a eutanásia, entretanto é importante destacar a forte influência política, religiosa e médica na consolidação do sistema jurídico de um país. (MARINS, 2013). **CONCLUSÃO:** Como princípios da bioética temos, não-maleficência, não causar o mal ou dano ao paciente. Beneficência, agir para o bem. Autonomia, de ter seus

pontos de vista e opiniões de fazer escolhas autônomas. Princípios esses que norteiam a prática e o exercício de todos os profissionais da saúde, estabelecendo compromisso com a vida e com a dignidade humana, além do respeito ao paciente quando se faz uma análise crítica e com visão holística de tudo o que foi tratado neste estudo/trabalho. A morte é um processo natural e inevitável. No entanto, vale ressaltar o conhecimento adequado de todos os fatores que levam a abreviação da vida, devendo o enfermeiro pautar-se no referencial a vida plena, buscando atender ao objetivo de “cuidar” independente do estado em que se encontra o paciente, devotando o respeito e a dignidade que ele merece. Vale salientar a importância dos conceitos de vida/morte para que, nesse contexto, sejam compreendidos os aspectos de qualidade de vida e dignidade humana e morrer dignamente.

Palavras-chave: Eutanásia. Enfermagem. Ética de enfermagem. Cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

PEREIRA, S. A.; PINHEIRO, A. C. D. Eutanásia. **Revista de Direito Público**, Londrina/Paraná. v. 3, n. 3, p. 180-196, set./dez. 2008.

BOTTEGA, C.; CAMPOS, L. S. F. Considerações sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia e a bioética. **Rev. Juríd. UNIC**. Cuiabá/MT. v.13, n. 2, p. 39-62. jul./dez. 2011.

DINIZ, Débora. Porque Morrer? O Direito à morte digna. **Revista do Terceiro Setor**, v. 01, abr. 2001.

FRANÇA, Genival Veloso de. Eutanásia: um enfoque ético-político. **Caderno Jurídico**, São Paulo. v. 1. Fasc. 02, jun. 2003.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Resolução CFM Nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 1988. Seção 1, p. 1574-7. Disponível em:
<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1988/1246_1988.htm>
Acesso em: 26 abr. 2016.

CÓDIGO de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007. Disponível em:
<<http://itarget.com.br/newclients/sobecc.org.br/2015/pdfs/legislacao/10.pdf>> Acesso em: 26 abr. 2016.

MARINS, André Luis Fernandes. A eutanásia no ordenamento jurídico brasileiro. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 109, fev 2013. Disponível em:
<http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12717>. Acesso em: abr 2016.



SOUZA F. T.; MARQUES I. R. Eutanásia, ética, cuidados paliativos e enfermagem.
Rev Enferm. UNISA, v.6, p. 46-51, 2005.

DIFICULDADES PARA IMPLEMENTAÇÃO DA LEI DO ACOMPANHANTE NO PERÍODO DE PARTURIÇÃO

Raíssa Veiga Melo de Queiroz e Silva Martins
Fernanda Veras Vilela
Karla Gracielle Ribeiro Lins de Oliveira
Rosana do Carmo de Lima Dias

INTRODUÇÃO: O parto é um evento ímpar na vida de qualquer mulher, sejam quais forem as circunstâncias que culminam nesse momento. No passado, essa ocasião acontecia em ambiente domiciliar e com presença de familiares. Com o passar dos anos, o processo de parturição sofreu grandes mudanças que trouxe ao momento atual, em que o parto é essencialmente hospitalar, medicalista e institucional, com uso de práticas tecnológicas e imediatistas, tomando cada vez mais o lugar do processo natural e fisiológico. A hospitalização do parto trouxe também um afastamento da parturiente e seus familiares durante o trabalho de parto, parto e puerpério. O impedimento de ter um acompanhante no momento de parturição contraria vários estudos que evidenciam seus benefícios, além de ser constatado que a presença do acompanhante traz mais satisfação materna com a experiência do parto. Para garantir uma assistência obstétrica mais humanizada foi sancionada no Brasil a Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005, Lei do Acompanhante. Esta garante a gestantes o direito de ter um acompanhante de sua escolha nos períodos de pré-parto, parto e pós-parto imediato. Considerando a importância e os benefícios da Lei do Acompanhante, faz-se necessário conhecer os motivos que dificultam sua implementação. O presente estudo objetivou identificar na literatura científica as dificuldades enfrentadas pelas instituições de saúde para cumprir a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005). **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura, as buscas dos artigos foram feitas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). A pesquisa foi realizada no período de Setembro de 2015 a Maio de 2016. Os critérios de inclusão foram: artigos completos e disponíveis e que abordem o tema procurado e que foram publicados nos últimos 10 anos. Foram excluídas teses e artigos duplicados. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Foram encontrados 41 artigos e selecionados 10 para este trabalho. Os mesmos foram analisados primeiramente através da leitura do seu título e resumo e posteriormente com a análise de seus resultados, discussões e conclusões. A Lei do Acompanhante foi sancionada em 2005, por isso os trabalhos analisados pelo presente estudo visam acompanhar a evolução dessa lei de acordo com a literatura científica. Apesar da existência dela, sua implementação se dá a passos lentos, tendo em vista que apesar das evidências científicas atestarem a seu favor, ainda há muitos desafios a serem enfrentados. Dentre eles, os mais apontados são problemas com as normas das instituições não permitindo a participação do acompanhante. Elas se justificam com outro fator determinante que é o problema estrutural, ou seja, a própria capacidade física das instalações. São eles: salas de parto pequenas com equipe de grande número de profissionais de diversas áreas e falta de acomodações dignas para o acompanhante nas salas de pré-parto e alojamento conjunto, que se faz em cômodos pequenos. Aos olhos dos profissionais de enfermagem a inserção do acompanhante tem que partir da instituição, pois os profissionais não tem autonomia

nesse contexto para desenvolver ações que vão contra as regras da instituição. Ter um acompanhante de sua livre escolha em todo o período de parturição é um direito de toda gestante. Não só no momento do parto ativo, mas desde a primeira consulta de pré-natal, e finalmente no período de parto e puerpério imediato. Os benefícios diversos e já conhecidos são de extrema importância para que essa experiência seja considerada positiva pela mulher. Isso ocorre quando a parturiente se sente respeitada e amada. Vale salientar que somente a presença do acompanhante não é considerada importante apenas por estar presente como mero expectador. O que faz o acompanhamento ser uma prática útil são as atitudes desempenhadas por ele, sendo alguém que geralmente possui um vínculo familiar e afetivo com a mulher. Por esse motivo, se faz importante a preparação do acompanhante. O papel do enfermeiro é, portanto, essencial, ajudando a inserir a família em todo o processo, desde o pré-natal, tirando suas dúvidas e informando sobre o direito de se ter um acompanhante durante todo o parto e pós-parto. Ajudando-o a perceber sua importância e capacidade de participar e auxiliar. Nesse contexto, é imprescindível que a formação acadêmica desse profissional possa ter os princípios da humanização incorporados nas práticas dos cuidados ensinados, para que os profissionais acolham de forma correta não só as parturientes, como também seus acompanhantes, e os insiram nesse trabalho de participação no parto, de forma não passiva, mas, como um prestador de cuidados facilitando a dinâmica de comunicação com a equipe. **CONCLUSÃO:** Sabe-se que o momento do parto é um dos mais marcantes para a vida de uma mulher. As experiências ali vividas jamais serão esquecidas, seja pela alegria da vinda de um filho ao mundo ou pelos traumas que um tratamento desumano, distante ou mesmo doloroso pode causar na parturiente. Resta, portanto, ao Poder Público a resolução de um complicado paradoxo: se ao mesmo tempo é responsável pelo devido cumprimento das leis, também é gestor de grande parte das instituições de saúde do país e encarregado das adequações estruturais requeridas. O que fazer, então? Iniciar um programa de auditorias e inspetorias que verificarão o cumprimento estrito da Lei do Acompanhante, punindo exemplarmente os que a descumprem ou investir na regularização dos espaços disponíveis, para que a aplicação da lei seja possível? Possivelmente, um planejamento razoável seria fazer ambos, paralelamente.

Palavras-chave: Parto Humanizado. Enfermagem. Acompanhante de Paciente.

REFERÊNCIAS

COSTA JÚNIOR, Pedro Bernardo da; CARVALHO, Isaiane da Silva; MACEDO, Janile Bernardo Pereira de Oliveira. Condições institucionais desfavoráveis à presença do acompanhante: a visão dos enfermeiros. **J res fundam care**, v. 5, n. 4, p. 671-680, 2013.

DOUDOU, Hilana Dayana et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepção de puerperas. **Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 262-269, 2014.



OLIVEIRA, Andressa Suelly Saturnino de et al. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n 2, p. 247-253, 2011.

SANTOS, Jaqueline de Oliveira; TAMBELLINI, Camila Arruda; OLIVEIRA, Sônia Maria Junqueiro Vasconcellos de. Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. **REME**, v. 15, n. 3, p. 453-458, 2011.

TELES, Liana Mara Rocha et al. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 4, 2010.

EUTANÁSIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Aline Fernanda Barbosa
Edineide de Lemos Oliveira
Olgareth Allane Nunes da Câmara Silva
Mara Jordana Barros dos Santos
Ruth Taveira de Brito
Karolina de Moura Manso da Rocha

INTRODUÇÃO: A morte é um evento ao qual todo homem sabe que passará, porém ninguém é capaz de saber o dia, a hora de esse momento aportar, ocorre que a eutanásia conhecida como uma abreviação da morte gera debates e diversidade de opiniões, esse assunto fomenta questionamentos e discursões. No Brasil, a prática da eutanásia é proibida, tendo como direito a vida qualquer brasileiro ou estrangeiro que habite nele, essa inviolabilidade do direito à vida é garantida no 5º artigo da constituição federal de 1988 (BRASIL, 1988), pois a prática que apressa o processo de morte é considerada crime de homicídio no artigo 121 do código penal. Os profissionais da saúde trabalham especificamente para tentar reverter, prolongar melhorar a qualidade de vida no processo de morte. **OBJETIVO:** Perceber na literatura científica a abordagem da eutanásia e as interfaces no contexto da saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura com realização de busca sobre a temática da eutanásia, através da base de dados da Bireme/BVS, em que foram encontrados por volta de 30 artigos, no período de entre Abril e Maio de 2016. Para realização desse estudo foram utilizados 10 dos artigos encontrados, usando os seguintes descritores: eutanásia, morte, eutanásia passiva, eutanásia ativa. Os critérios utilizados para inclusão foram artigos em português, com informações claras e características analisadas de forma precisa, para o desenvolvimento deste estudo. **RESULTADOS:** Profissionais de saúde têm como pretensão a manutenção da vida, para enfermagem são os cuidados e execuções de tratamentos requisitados aos pacientes para prolongar o processo de sua existência, buscando a melhoria da qualidade de vida. Porém, nem sempre todo o conhecimento e habilidades utilizados são capazes de impedir a morte ou obter a cura, principalmente de pacientes com doenças terminais, muitas vezes, esse tratamento prolongado causa estresse e um sofrimento ao qual não somos capazes de definir, onde o paciente em sua perfeita consciência chega a suplicar pelo fim, pela morte, para não mais ter dor, para não mais causar sofrimento também aos seus familiares (PARCIANELLO; FONSECA; DIAS, 2012). A eutanásia pode ser classificada entre passiva e ativa. A passiva que pode ser relacionada à ortotanásia, que seria deixar o indivíduo ter uma morte natural, ou seja, não utilizar meios que prolonguem sua vida. A ativa é considerada como homicídio propriamente dito, quando há uma intervenção humana que leva o indivíduo a morte, utilizando medicamentos como, por exemplo: injeção por via venosa. Em razão disso ocorre a distanásia em que se mantêm as funções biológicas em poucas condições de vida já que estão em estado grave e terminal, nesse caso utilizam-se as tecnologias da medicina para o prolongamento da vida, esse prolongamento nada mais é do que o máximo de conforto que pode ser oferecido ao paciente em estágio final, prestando cuidados para tentar diminuir a dor e o sofrimento até chegar o dia da morte (PARCIANELLO; FONSECA; DIAS, 2012). Para o paciente, muitas vezes, esses cuidados são considerados um prolongamento da vida, pela possibilidade de levar o indivíduo a um sofrimento mais prolongado por

causa da sua situação, nada mais é que um tipo de manutenção da vida. Existem muitas discussões e argumentos quanto à eutanásia, seja a favor ou contra, para melhor compreender tais discussões faz-se necessário o conhecimento dos tipos de eutanásia ou de como é classificada e conhecer a discrepância dos termos. Há uma diferença entre eutanásia e o suicídio assistido, pois este é o ato realizado pelas mãos do próprio doente em estágio final. Sabendo-se da influência da religião sobre a vida da sociedade, integramos os pensamentos das quatro principais doutrinas religiosas. Segundo o Budismo, para morrer o ser humano apenas tem que está em estado de paz e plenitude, a sua vida é considerada um bem precioso, mas, não é divina por não acreditarem em um ser superior, portanto, não há nenhuma restrição contra a prática da eutanásia. Quanto ao Islamismo, Judaísmo e Cristianismo ambos têm o mesmo pensamento, posicionando-se contra, pois a vida é sagrada e sua prática é condenada, por ser sagrada acredita-se que só Deus pode interferir e ou escolher o dia da morte, pois se Ele deu a vida, o mesmo tem o poder de tirá-la, leva-se em consideração para a orientação religiosa cristã no Brasil a bíblia sagrada, em que seguem os mandamentos os que impugnam essa prática considerando como homicídio. Porém, no Judaísmo, segundo o A halaklan o prolongamento da dor não é obrigatório e o prolongamento da vida é obrigatório, fazendo-nos a refletir sobre a permissão da Eutanásia Passiva. A religião predominante no Brasil é o cristianismo a qual se divide em católicos e evangélicos protestantes as quais são fundamentadas nos mesmos preceitos bíblicos, que condenam toda e qualquer prática que levem à vida a morte que não seja a vontade de Deus, por considerar a vida sagrada na qual homem algum tem o poder de tirá-la, ainda que em estado terminal. Contudo, a vontade do paciente deve ser respeitada, mesmo que não compreendida, e se prevaleça para não haver sofrimento até a chegada de sua morte natural. Porém, esse princípio bioético, só funciona para o profissional de saúde que tem a autonomia de não participar de atos como este, já o indivíduo não tem esse direito pelo fato dessa prática ser crime em nosso País. Quanto aos princípios ético-legais da profissão, no código de ética de enfermagem este presente na resolução do COFEN 311/2007 “Das Proibições: art. 29 – Promover a eutanásia ou participar em prática destinada a antecipar a morte do cliente”. Portanto, é legalmente proibido o profissional enfermeiro exercer a prática do suicídio assistido e da Eutanásia, seja ela ativa ou passiva, por pedido do paciente e/ou familiar, comoção com o sofrimento, achar que é medida certa a se fazer ou qualquer outro motivo que o leve a praticar. Comparando o Direito a Eutanásia em outros países, na Holanda, Bélgica, Uruguai, Colômbia e China a prática ativa é legalizada; no Estado da Califórnia (EUA), Espanha, Alemanha e Dinamarca são legalizadas a prática passiva; outros países como, Portugal, Argentina, Cuba, Suíça e Noruega, assim como o Brasil, a Eutanásia é considerada como crime. **CONCLUSÃO:** A eutanásia busca abreviar a vida diante a tanto sofrimento que vem acometendo sua existência, porém, está longe de ser um tema resolvido, ainda existem questionamentos quanto ao poder de tirar a vida de alguém, ainda que por sua vontade própria, sabe-se que ainda existirão vários pensamentos quanto à realização do ato, questionam-se muito os princípios da bioética, pois o da autonomia do paciente nesse caso pode-se dizer que de certa forma é violado, onde o profissional de saúde, ainda que requerido pelo paciente não deve utilizar de meios que pratiquem quaisquer dos tipos de eutanásia, diferente do aborto não existe na legislação brasileira nenhum parêntese para a eutanásia, porém questionam-se as formas legais do aborto como sendo um tipo de eutanásia ativa.

Sabe-se ao certo de que o profissional de enfermagem tem como dever cumprir os princípios da bioética os quais são distinguidos como: autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça e equidade, salvo em autonomia em que o paciente ainda que com sua vontade própria, ou de familiares para que seja realizada a morte, o enfermeiro e/ou profissional da área não estará habilitado para assim proceder. Desde seu momento de nascituro, perante o código civil, o homem já está assegurado quanto ao direito de viver, porém não existe lei que considere o direito a morrer por sua própria autonomia.

Palavras-chave: Eutanásia. Morte. Eutanásia passiva. Eutanásia ativa.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Rodrigo Siqueira; SCHRAMM, Fermin Roland. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 9, p.31-41, 2004.

LEPARGNEUR, Hubert. Bioética da Eutanásia: Argumentos éticos em torno da Eutanásia. **Revista Bioética**, São Paulo, v. 7, n. 1, p.41-48, 1999. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/292/431> Acesso em: 22 abr. 2016.

MORAES, Henrique Viana Bandeira. Eutanásia: conceito, história e legislação. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 17, n. 3463, 24 dez. 2012. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/23299>> Acesso em: 28 abr. 2016.

OLIVEIRA, Lilian Carla de; JAPAULO, Maria Paula. **Eutanásia e direito à vida:** limites e possibilidades. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2005-set-24/eutanasia_direito_vida_limites_possibilidades> Acesso em: 29 abr. 2016.

PARCIANELLO, Márcio Kist; FONSECA, Grazielle Gorete Portella da; DIAS, Caren Franciele Coelho. Acadêmicos de enfermagem frente à eutanásia e o direito de morrer com dignidade: breves reflexões. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v. 2, n. 2, p.294-302, maio/ago. 2012.

RIBEIRO, Kamila Vieira et al. Eutanásia em paciente terminal: concepções de médicos e enfermeiros intensivistas. **Rev. Enfermagem em Foco**, Campina Grande, v. 2, n. 1, p.28-32, jan. 2011.

SANTOS, Daniel Abreu et al. Reflexões bioéticas sobre a eutanásia a partir de caso paradigmático. **Revista Bioética**, São Paulo, v. 2, n. 22, p.367-372, maio 2014.

SILVA, Sofia Costa e. **A eutanásia vista sob a óptica religiosa.** 2009. Disponível em: <<http://eseq10e.blogspot.com.br/2009/03/eutanasia-vista-sob-optica-religiosa.html>> Acesso em: 25 abr. 2016.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AS PORTADORAS DE SÍFILIS DURANTE A GESTAÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Calebe de Medeiros Costa
Dayane Rodrigues de Medeiros
Felipe Jairo Rebouças
Fernanda Coutinho de Melo Cavalcante
Karolina de Moura Manso da Rocha

INTRODUÇÃO: A sífilis ainda constitui um grave problema de saúde pública. Descoberta desde o início do século XV, seu agente etiológico é a bactéria *Treponema Pallidum*. Durante tal período, houve uma intensa disseminação desse agente pelo mundo, através de viajantes europeus durante um longo tempo. Antes de ser conhecida como sífilis, o mundo a reconhecia como mal espanhol, mal francês e italiano, e por se tratar de uma doença infectocontagiosa, sua transmissão mais comum se dá por via sexual, que é um fator condicionante para entender a magnitude da distribuição dos números de casos pelo mundo, caracterizando como uma pandemia. Existem, ainda, duas outras vias de contaminação, que são incomuns, mas que podem ocorrer: a transfusão sanguínea e a contaminação por objetos infectados. As mulheres são alvos constantes de contaminação por seus parceiros, contribuindo em grande parte dos casos notificados de sífilis gestacional. Em muitos casos, a infecção aparece de maneira assintomática, ou os não consideram quando apresentados. A infecção do embrião pode ocorrer em qualquer momento da gestação, sendo classificada como uma infecção vertical (Hematogênica e/ou transplacentária). O Ministério da Saúde vem trabalhando exaustivamente no controle e erradicação da sífilis, principalmente, de sua forma congênita que acomete o bebê, ainda em sua vida intrauterina. Programas na atenção primária desempenham um papel importante para configuração de uma população mais esclarecida e prevenida, quanto aos temas de educação sexual. Porém, ainda existe uma barreira a ser ultrapassada, quando o tema é o acesso ao sexo masculino, pois é constatado que sua maioria não frequenta os serviços disponíveis, deixando essa parcela desassistida e leiga quanto a esses temas, que são importantes para erradicação ou diminuição do número de casos e uma possível reincidência, quando tratados. Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. (BRASIL, 2005). O pré-natal é um programa que realiza consultas, por profissionais da saúde, dentre eles o Enfermeiro, que realiza a coleta dados para detecção de possíveis agravos e situações de risco para ambos, como a AIDS/HIV e/ou Sífilis gestacional e congênita. Mãe e feto são acompanhados, avaliados, e submetidos a exames clínicos e laboratoriais como forma de prevenção. O VDRL deve ser realizado na primeira consulta, e outro próximo a 30ª semana de gestação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). **OBJETIVO:** Compreender na literatura científica os cuidados de enfermagem as portadoras de sífilis durante a gestação. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de revisão da literatura que é um processo de busca, análise e descrição de um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica, realizado em Abril e Maio de 2016, nas bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Com a aplicação dos critérios e leitura inicialmente do título, resumo e posteriormente do texto completo, foram selecionados e incluídos 10 artigos

científicos na presente revisão. Utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Sífilis congênita”, “Enfermagem”, “Pré-natal”. Foram adotados os seguintes critérios para seleção: foram incluídos artigos disponíveis em texto completo, publicados em Língua Portuguesa e excluídos artigos que não contribuíssem para responder ao objetivo proposto. **RESULTADOS:** O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e da sífilis durante o período gestacional é fundamental para a redução da transmissão vertical (BRASIL, 2012). A implementação dos testes rápidos nos casos de sífilis e HIV são de grande importância, e é necessário o interesse de todas as partes envolvidas (pacientes e profissionais) para que seja realizado com efetividade o tratamento da sífilis. Uma equipe de saúde capacitada consegue lidar com situações diversas e manter-se sempre informada traz aos mesmos, benefícios relevantes para saúde pública. A presença do enfermeiro como agente orientador para essas gestantes se torna imprescindível, pois, através do enfermeiro a gestante é orientada sobre os cuidados necessários a serem tomados, alertando-as e incentivando-as, mesmo que o teste tenha resultado negativo, para que a mesma saiba que não está imune a partir do momento que não seguir as orientações necessárias. O pré-natal deve ser rigorosamente acompanhado durante a gestação, para realização dos exames quando se tornam necessários e para participação de campanhas educativas realizadas pela equipe de enfermagem na unidade de saúde, que devem ocorrer com assiduidade. Observa-se, portanto, que o teste deve estar implementado na atenção ao pré-natal, para a gestante e para os contatos sexuais que esta venha a ter (BRASIL, 2012). Cabe a equipe de saúde, realizar a investigação de novos casos e notificar aqueles já existentes, após realizar uma investigação dos dados Assim como compete aos profissionais à função de orientar de forma clara e concisa, sobre os riscos da sífilis gestacional, bem como a importância de efetivar o tratamento do parceiro, para recuperação de ambos. **CONCLUSÃO:** Segundo o exposto pela literatura revisada, ainda existem lacunas a serem superadas pelos serviços de saúde, para a erradicação da sífilis gestacional. O enfermeiro, enquanto responsável, desempenha um importante papel no processo saúde/doença. A promoção em saúde pode ser desenvolvida em forma de palestras, pelo enfermeiro, para que uma possível reincidência não ocorra, abordando a importância do tratamento e o uso de métodos contraceptivos e preventivos para prática sexual.

Palavras-chave: Sífilis congênita. Enfermagem. Pré-natal.

REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111- 126, mar. 2006 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr 2016.

ARAUJO, Cinthia Lociks de et al . Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479-486, jun. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 maio 2016.

CARVALHO, Isaiane da Silva; BRITO, Rosineide Santana de. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 287-294, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222014000200287&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 maio 2016.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SARACEN, Valeria; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; LEAL, Maria Do Carmo. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2013, v.47, n.1, p.147-157. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019>>. Acesso em: 05 maio 2016.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p.766-774, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000500766&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 maio 2016.

LOPES, Ana Cristina Martins Uchoa et al . Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza - Ceará. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 1, p. 62-66, fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100062&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**: Informações sobre testes Rápidos, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php?conteudo=teste_rapido_balancas>. Acesso em: 06 maio 2016.

MAGALHAES, Daniela Mendes dos Santos et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, jun.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 maio 2016.

MACHADO, Carla Jorge et al. Perdas fetais espontâneas e voluntárias no Brasil em 1999-2000: um estudo de fatores associados. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 18-29, mar. 2013. Disponível em:<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2016.

SILVA, Leonardo da; FERNANDES, Alessandro Murano Ferre. A recrudescência da sífilis congênita: um alerta. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312015000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio



SÍFILIS congênita e sífilis na gestação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, ago. 2008 Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2016.

DIFICULDADES APRESENTADAS PELAS PUÉRPERAS NO PROCESSO DE AMAMENTAÇÃO

Karla Gracielle Ribeiro Lins de Oliveira
Tayssa Suelen Cordeiro Paulino
Fernanda Veras Vilella
Rosana do Carmo de Lima Dias
Raíssa Veiga Melo de Queiroz e Silva Martins
Hortência Dantas da Silva

INTRODUÇÃO: O leite materno é a alimentação mais saudável e adequada para a criança, nos primeiros seis meses de vida, ele isoladamente é capaz de nutrir todas as suas necessidades. Porém, o ato de amamentar requer aprendizado, paciência e compreensão, pois não é um ato biológico natural e espontâneo. Embora o desejo de amamentar seja despertado durante o período gestacional, a motivação é a chave para desencadear esse processo de decisão materna. A mãe leva em consideração todo seu contexto social e experiência de vida para optar pela amamentação. Daí a importância do profissional de saúde nesse processo, pois ele exerce papel fundamental como esclarecedor, conscientizador e motivador do Aleitamento Materno (AM). Além dos vários benefícios que o leite materno traz para a saúde da criança ele também proporciona qualidade de vida e proteção à saúde da mãe. Entre os benefícios que o leite materno traz para a nutriz está a proteção contra o câncer de mama, diabetes tipo 2, obesidade, hipertensão, doença metabólica, osteoporose, depressão pós-parto, e o mais importante de todos, a promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho. Entretanto, as dificuldades relacionadas ao AM podem surgir. As mulheres, muitas vezes, não estão prontas para viverem esse processo, porque desconhecem o contexto da amamentação, o que as deixam susceptíveis a apresentarem dificuldades e dúvidas. Portanto, a importância deste estudo está em citar essas dificuldades enfrentadas pelas puérperas, para que a enfermagem possa prestar uma melhor assistência a essas mulheres. O processo de amamentar é doloroso, e por ser doloroso faz com que as mesmas acabem desistindo. Assim, este estudo objetiva identificar na literatura científica as dificuldades apresentadas pelas puérperas no processo de amamentação. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. As bases de dados acessadas foram: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (BIREME) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), respeitando o recorte temporal de 2011 a 2015. Resultados e discussões: Dentre as principais dificuldades relacionadas ao AM, observadas na literatura pesquisada, podemos citar: “trauma mamilar e fissuras”, “mastite”, “pega e posição incorreta”, “dor ao amamentar”, “ingurgitamento mamário”, “impressão de leite fraco ou pouco leite”, “insegurança” e “não ter orientação profissional”. O Choro da criança também é citado como uma das dificuldades que levam ao desmame. As mães entendem o choro como fome ou cólicas, e nem sempre esse é o motivo, muitas vezes, o bebê só quer aconchego, pois a adaptação à vida extrauterina e a tensão no ambiente podem causar esse choro. Isso precisa ser explicado as puérperas, porque a tensão, frustração e ansiedade delas podem fazer com que o bebê chore ainda mais. Outros fatores também foram evidenciados como causas de desmame precoce, como o trabalho fora de casa, conhecimentos inadequados sobre o AM, influência cultural e familiar,

o uso de chupetas e bicos artificiais e mães, cada vez mais jovens. As dificuldades apresentadas pelas nutrizes durante o AM precisam ser identificadas precocemente e tratadas para não tornarem-se causas de desmame precoce. Nesse contexto, o profissional da saúde tem um papel importante como educador e orientador para intervir e prevenir as dificuldades apresentadas por essas nutrizes, pois ele deve ser o elo para que essa mulher viva o processo da amamentação de um modo mais saudável e prazeroso. **CONCLUSÃO:** Em virtude do que foi mencionado, pode-se concluir que as dificuldades apresentadas pelas puérperas no processo de amamentação, como os traumas mamilares, levam ao desmame precoce. Portanto, é preciso desenvolver estratégias que diminuam essas dificuldades e promovam o AM, pois sabemos da importância e dos benefícios que esse aleitamento traz ao RN. Sendo assim, o profissional de saúde tem um papel fundamental na prevenção e intervenção dessas dificuldades, o que requer conhecimentos, atitudes e habilidades específicas que favoreçam a manutenção da lactação. Durante o pré-natal é relevante que os profissionais de saúde orientem sobre o aleitamento e que continuem realizando a promoção, proteção e apoio a amamentação durante a puericultura. Para tanto, também cabe a esse profissional promover o contato precoce mãe-bebê na primeira hora após o nascimento, pois esse contato facilita a sucção e pega correta ao seio, reduzindo assim o aparecimento de traumas mamilares e favorecendo o AM.

Palavras-chave: Amamentação. Leite Humano. Desmame Precoce.

REFERÊNCIAS

ABREU, Flávia Corrêa Porto de; FABBRO, Márcia Regina Cangiani; WERNET, Monika. Fatores que intervêm na amamentação exclusiva: revisão integrativa. **Rev. Rene**, v. 14, n. 3, p. 610-619, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Saúde da criança:** crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da saúde, 2012. 272 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Saúde da criança:** aleitamento materno e alimentação complementar. 2 ed. Brasília: Ministério da saúde, 2015. 184 p.

CASTELLI, Carla Thamires Rodriguez; MAAHS, Marcia Angelica Peter; ALMEIDA, Sheila Tamanini de. Identificação das dúvidas e dificuldades de gestantes e puérperas em relação ao aleitamento materno. **Rev. CEFAC**, v. 16, n. 4, p. 1178-1186, 2014.

FIALHO, Flávia Andrade et al. Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Rev. Cuid.**, v. 5, n. 1, p. 670-678, 2014.

FIGUEREDO, Sonia Fontes; MATTAR, Maria José Guardia; ABRÃO, Ana Cristina Freitas de Vilhena. Hospital amigo da criança: prevalência de aleitamento materno

exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 6, p. 1291-1297, 2013.

GIULIANI, Núbia de Rosso et al. Fatores associados ao desmame precoce em mães assistidas por serviços de puericultura de Florianópolis/SC. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, v. 11, n. 3, p. 417-423, 2011.

GIULIANI, Núbia de Rosso et al. O início do desmame precoce: motivos das mães assistidas por serviços de puericultura de Florianópolis/SC para está prática. **Pesq. Bras. Odontoped Clin Integr**, v. 12, n. 1, p. 53-58, 2012.

MORAES, Juliano Teixeira et al. A percepção da nutriz enfrente aos fatores que levam ao desmame precoce em uma unidade básica de saúde de Divinópolis/MG. **Rev. Enfrem. Cent. O. Min.**, v. 4, n. 1, p. 971-982, 2014.

PAIVA, Cecília Virginia Araújo et al. Aleitamento materno de recém-nascidos internados: dificuldades de mães com filhos em unidades de cuidados intensivos e intermediários neonatais. **Rev. Min. Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 924-931, 2013.

ROCCI, Eliana; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 1, p. 22-27, 2014.

RODRIGUES, Andressa Peripolli et al. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 257-261, 2014.

SOUZA, Nubia Katia Teixeira de et al. Aspectos envolvidos na interrupção do aleitamento materno exclusivo. **Com. Ciência Saúde**, v. 22, n. 4, p. 231-238, 2011.

EFEITOS DO USO DA OCITOCINA SINTÉTICA NO TRABALHO DE PARTO

Rosana do Carmo de Lima Dias
Fernanda Veras Vilela
Karla Gracielle Ribeiro Lins de Oliveira
Raissa Veiga Melo de Queiroz e Silva Martins
Rhuama Karenina Costa e Silva

INTRODUÇÃO: Trabalho de parto consiste na evolução da dilatação uterina associada a contrações voluntárias, com intervalos pequenos de uma para outra, apagamento do colo cervical, ruptura das membranas e condições adequadas da cérvix. Para se iniciar algum tipo de método indutivo, se faz necessária uma avaliação rigorosa e criteriosa por profissionais devidamente habilitados. É importante que toda mulher seja informada e orientada sobre as condutas que irão ser tomadas, assim como as vantagens e os riscos aos quais serão submetidas, se possível com a participação da enfermeira nesse processo. Dentre as intervenções obstétricas utilizadas no trabalho de parto, encontra-se o uso da infusão endovenosa da ocitocina sintética, que age estimulando artificialmente as contrações uterinas. Nos dias de hoje, é uma prática frequentemente utilizada em maternidades. Pode-se perceber pela prática obstétrica que existe uma pressa excessiva no momento do parto, que o recém-nascido nasça o mais rápido possível, sem demonstrar respeito à autonomia da mulher. O Ministério da Saúde preconiza, hoje, muitos métodos não farmacológicos para acelerar o trabalho de parto. A humanização no parto garante à gestante um acolhimento, proporcionando maior autonomia a mulher e garantindo seus direitos. Para isso, devem ser considerados os fatores fisiológicos e psicológico no momento da parturição, pois, o parto é uma das experiências mais significativas e emocionantes na vida da gestante. A enfermagem tem o papel relevante de decidir junto com a equipe o que é melhor para a gestante que está sob os seus cuidados. O famoso “sorinho” leva as gestantes a crerem que estão apenas recebendo algum tipo de hidratação, quando, na verdade, estão recebendo um tipo de intervenção obstétrica comum que pode levar a complicações. Muitas mulheres que se lembram do parto de forma traumática e de muito sofrimento, provavelmente usaram ocitocina sintética em seu trabalho de parto. Assim, este trabalho tem por objetivo descrever os benefícios e os malefícios causados pela ocitocina em mulheres em trabalho de parto. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão da literatura. O presente estudo aborda o tema sobre o uso da ocitocina sintética no trabalho de parto. Para a busca dos artigos, foram acessadas as bases de dados científicas em saúde: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Foram utilizados os descritores: “Ocitocina”, “Trabalho de Parto” e “Enfermagem”, conforme o DeCS. Para seleção inicial dos artigos, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: trabalhos publicados no período entre 2010 a 2015 que condiziam com a temática, idioma de publicação português, análise dos artigos através de seus títulos e resumos que quando relacionados ao assunto buscou-se o texto completo. A exclusão dos artigos foi de acordo com os trabalhos em línguas estrangeiras, teses, dissertações e os que não condiziam com o tema em questão. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Foram localizados 23 artigos, dos quais 12 foram incluídos na pesquisa, pois estavam relacionados à temática e contemplavam os critérios de inclusão. Os estudos mostram que a ocitocina sintética é hoje o método mais

utilizado como forma de induzir o parto, por seu efeito rápido, menor frequência de hiperestimulação uterina e a rápida eliminação após a sua suspensão, seus riscos são conhecidos de longa data e apresenta boa resposta em rotura prematura de membranas. Seu uso indicado por enfermeiras obstetras e obstetrizes, como responsáveis pelas mulheres, apresentam favoráveis resultados maternos e neonatais. Estudos comprovam que a ocitocina deve ser usada com cautela, devendo ser administrada por via endovenosa, com doses baixas, onde o ideal seria optar pelo uso da bomba de infusão. A ocitocina está recomendada apenas nas circunstâncias em que aguardar o trabalho de parto espontâneo, resultaria em complicações maternas e fetais. A monitorização por meio da cardiocotografia e dos batimentos cardíofetais devem ser sempre avaliados antes da indução do trabalho de parto, assim como durante todo o processo. Destaca-se ainda que a atenção deve ser maior quando se trata de hiperestimulação uterina. Quando essa alteração ocorre pelo uso da infusão da ocitocina, deve-se parar imediatamente a infusão, onde geralmente já se consegue solucionar o problema, quando não, deve-se administrar terbutalina na dose de 0,25 mg por via subcutânea. A ruptura uterina também pode ocorrer pelo uso de ocitocina em mulheres com partos de cesáreas anteriores, isso não significa dizer que essas gestantes não possam fazer uso da ocitocina, elas podem sim, desde que não sejam doses altas. A literatura revelou que a utilização da ocitocina pode tornar o momento da parturição mais doloroso, estressante e aumentar o medo por um parto vaginal, repercutindo negativamente no estado emocional e consequentemente, um aumento da pretensão por partos cesarianas pelas mulheres, além de taquissístolia, hipertonia e hiperestimulação uterina com ou sem sofrimento fetal agudo, hipotensão, deslocamento de placenta e possivelmente, hiperbilirrubinemia neonatal. A adoção do uso da ocitocina como rotina obstétrica pode estar relacionada aos pensamentos dos profissionais, em que as experiências são maiores do que as comprovações científicas, as quais fundamentam a Organização Mundial de Saúde junto ao Ministério da Saúde. Seu uso prolongado, também pode estar associado a casos de hipotonia uterina pós-parto. Quando administrada por via endovenosa em bolus pode resultar em hipotensão grave, hipoperfusão coronariana e parada cardíaca. Dentre as recomendações da assistência ao parto, evidenciadas pela literatura, defende-se que o uso abusivo da ocitocina sintética deve ser desencorajado, pois contém estrutura similar à vasopressina, elevando-se o risco de hiponatremia, hipervolemia, edema agudo de pulmão, convulsão, coma e até óbito. Podendo ocasionar efeitos adversos como: náuseas, vômitos, cefaleia e intoxicação. **CONCLUSÃO:** A ocitocina sintética é atualmente o método farmacológico mais utilizado na prática obstétrica para indução do trabalho de parto, podendo trazer benefícios no momento da parturição quando indicado de forma correta e com cautela, que são: efeito rápido, aumento das contrações uterinas e consequentemente um tempo menor no trabalho de parto, menor frequência de hiperestimulação uterina. Apresenta boa resposta em rotura prematura de membranas e proporciona favoráveis resultados maternos e neonatais. Quando utilizada de maneira inadequada, pode acarretar malefícios à saúde da gestante e seu conceito, como ruptura uterina, sofrimento fetal agudo, hiperestimulação uterina, hipotensão, deslocamento de placenta, possível hiperbilirrubinemia neonatal, mais dor e estresse durante o trabalho de parto, que pode repercutir negativamente no estado emocional da mulher, restrição no leito, medo por parto vaginal, aumento do número de partos cesárea, taquissístolia, hipertonia, risco de hiponatremia, hipervolemia, edema agudo de pulmão, convulsão,

coma e até óbito. Desse modo, percebe-se que a ocitocina sintética traz mais malefícios dos que benefícios. É preciso mudança no comportamento dos profissionais de saúde envolvidos neste momento de parturição, que apesar de terem conhecimento desses riscos, acabam admitindo que esse tipo de intervenção obstétrica se torne uma prática rotineira nas instituições de saúde. É necessária a implementação de boas práticas que visem à promoção do parto e nascimento saudável, respeitando o processo fisiológico, a dinâmica de cada nascimento e devolvendo a mulher o papel de protagonista no processo de parturição, ou seja, humanizar o parto.

Palavras-chave: Ocitocina. Trabalho de Parto. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 20 p.

LEAL, Maria do Carmo Leal et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.1, p.17-47, 2014.

VOGT, Sibylle Emilie; SILVA, Kátia Silveira da; DIAS, Marcos Augusto Bastos. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Rev. Saúde Pública**, v.48, n.2, p.304-313, 2014.

PASSOS, Eduardo Pandolfi et al. Indução do parto. In: FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em Obstetrícias**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 343-354.

ENFERMAGEM E OS CUIDADOS COM A DIABETES GESTACIONAL

Hortência Dantas da Silva
Tayssa Suelen Cordeiro Paulino
Fábio Claudiney da Costa Pereira
Isabel Amaral de Sousa Rosso Nelson
Karlla Gracielle Ribeiro Lins de Oliveira

INTRODUÇÃO: A diabetes mellitus gestacional (DMG) tem como definição uma alteração no metabolismo dos carboidratos, desenvolvendo assim uma hiperglicemia de intensidade variável, que pode ser diagnosticada pela primeira vez ou se inicia durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. É um problema metabólico mais comum na gestação. A prevalência estimada de DMG, no Brasil, na maioria dos casos, é entre mulheres com mais de 20 anos. Os sintomas de mais fácil de identificação da diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4 ps”). Esses sintomas fazem o enfermeiro avaliar a gestante com mais destreza e assim, investigar demais sintomas que levantam a suspeita clínica da DMG como: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição. O mais importante a se constatar durante a DMG é a conscientização da gestante e família sobre o assunto, o tratamento e a prática de exercícios físicos que ajudam a preparar seu metabolismo para esse processo de evolução. Durante o diagnóstico, é importante solicitar a gestante; exames periódicos que demonstrem a gradação da DMG. O enfermeiro tem um papel de grande relevância na identificação do DMG. Cabendo a ele identificar na consulta de enfermagem quais as problemáticas a gestante esta vivenciando, diagnosticar o DMG e explicar sobre as causas e os meios de conviver de forma saudável com essa doença. O enfermeiro precisa ter uma interação com a mesma para poder elaborar um tratamento de acordo com a realidade socioeconômica da paciente. O estudo é de grande relevância para que o enfermeiro tenha o diagnóstico precoce evitando consequências maiores para o feto e na saúde da gestante sendo necessário ouvir as queixas e traçar o plano de cuidados e orientações, as informações sobre a DMG que é considerada uma doença silenciosa em que só se descobre fazendo exames periódicos durante a gestação, e é diagnosticada entre a 24^a e 28^a semana de gestação, que é quando a resistência à insulina geralmente se apresenta. Durante o pré-natal, o enfermeiro acompanha a evolução dessa paciente, sendo assim a assistência de enfermagem a gestante com DMG é relevante em vários fatores: culturais, econômicos e demográficos populacionais, pois além de intervir de forma humanescente o enfermeiro e responsável por avaliar pontos críticos de cada área atendida por sua equipe multiprofissional, e esse levantamento feito por área é alimentado por banco dados onde e feito o índice de controle sobre DMG. Estudos sobre a DMG levam em consideração a prática de exercício, alimentação saudável, medicação para tratamento da doença e monitorização do bebe. Assim sendo, o objetivo do estudo é descrever o papel do enfermeiro no atendimento à gestante com diabetes no pré-natal. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura que é um método de pesquisa mais profundo de artigos de vários tipos de literatura sobre um determinado assunto, entre outros. Seu objetivo é evitar duplicação de esforços, resolver conflitos e indicar uma pesquisa mais profunda. A busca ocorreu através das bases de dados eletrônicas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências

da Saúde (BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Os descritores utilizados foram: Assistência de Enfermagem, Diabetes Gestacional, Pré-natal. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O Diabetes gestacional é uma síndrome do metabolismo energético de origem múltipla de causa ainda não definida cientificamente, caracterizada por aumento nos índices glicêmicos (aumento de níveis de glicose no sangue), identificada - pela primeira vez - durante a gravidez, o diabetes acontece porque o pâncreas que não é capaz de produzir insulina em quantidade suficiente para suprir as necessidades do organismo, seu diagnóstico se dá através de exames periódicos na avaliação do pré-natal, no período entre a 24^a e 28^a semana de gestação ocorre nas maiorias dos casos. Para identificar o diabetes gestacional são utilizados vários métodos laboratoriais, como: Curva glicêmica e a Glicemia em jejum. A partir da comprovação de um DMG, faz-se necessário o monitoramento de quatro a cinco vezes ao dia, seguindo orientação médica e ficar atenta aos resultados, em casos de alteração comunicar a equipe, bem como, a grávida com diabetes deve buscar orientação de um profissional da saúde nutricionista ou endocrinologista incluindo na sua dieta legumes, frutas, grãos e integrais de acordo com a necessidade nutricional de cada caso, e ainda, praticar atividade física de acordo com sua condição. Para uma assistência humanizada, o enfermeiro e sua equipe multiprofissional desenvolvem um trabalho de pesquisa para tratar cada gestante com suas particularidades. O estudo sobre a assistência de enfermagem a gestante com DMG tem como objetivo identificar orientar na prevenção de hábitos alimentares que possam levar a descompensações glicêmicas se o profissional de enfermagem tem se empenhado na investigação dos hábitos alimentares, prática de exercícios, sono preservado, rotina diária, tudo que contextualize sobre a gestante com DMG; visando elaborar diagnósticos que possam contribuir para um tratamento, prevenção de complicações e orientações no acompanhamento de grávidas acometidas de DMG, objetivando com isso resultados positivos. O enfermeiro dever identificar se a gestante com DMG esta com sobrepeso ou se esta abaixo do peso, podendo a partir disso começar a idealizar diferentes estratégias de tratamento de acordo com o achado específico, elaborando assim um plano de cuidados de acordo com baixo peso ou sobrepeso tendo o intuito de controlar corretamente os níveis glicêmicos da mesma. As gestantes identificadas com diagnósticos de DMG, na unidade básica, devem ser encaminhadas para centros de atenção secundária. Já as com diagnóstico de diabetes pré-gestacional devem ser manejadas em centros de assistência terciária por equipe multidisciplinar composta por médico obstetra, endocrinologista, nutricionista, enfermeira obstetra e outros profissionais, dependendo da necessidade e gravidade do caso. As gestantes diabéticas em acompanhamento nos centros de atenção secundária ou terciária poderão também ser acompanhadas pelas equipes de atenção básica visando maior controle e aderência aos tratamentos preconizados nos níveis de maior complexidade. Cabe ao enfermeiro coordenar sua equipe para que obtenham resultados positivos. O conhecimento técnico e científico do enfermeiro sobre o (DMG) tem sido primordial para uma intervenção satisfatória resultando numa assistência eficaz e eficiente. É essencial reavaliar a tolerância da paciente à glicose a partir de seis semanas após o parto, o trabalho de rastreamento deve ser prolongado a puérpera após a gestação para que seja avaliado o fim do tratamento e o sucesso do controle do DMG que são necessários: a participação da equipe inter e multidisciplinar, o cuidado pré-natal precoce, com assistência nutricional oportuna e a garantia da

assistência de qualidade ao longo da gestação, o que reflete na adequação dos ajustes fisiológicos gestacionais. **CONCLUSÃO:** Sendo assim, o enfermeiro tem o papel crucial na ação primária no diagnóstico DMG, é através dessa avaliação no pré-natal que a investigação deve ser priorizada, este trabalho é de grande relevância ao enfermeiro, pois desenvolve a promoção do diagnóstico precoce, na gestação com DM, cabe ao enfermeiro criar meios de amenizar as posteriores sequelas ao binômio mãe/filho, traçando planos de cuidados e executando a prevenção ao agravamento desse distúrbio metabólico. Ao binômio mãe/filho, o trabalho de prevenção tem benefícios relacionados à qualidade de vida e variação de tratamento, o que está relacionado à orientação de qualidade, cuidados nutricionais e exercício físico.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Diabetes Gestacional. Pré-natal.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Marcio Flavio Moura et al. Diabetes gestacional na perspectiva de mulheres grávidas hospitalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem de Brasília**, v. 66, n. 2, p. 222-7, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de alto risco manual técnico**. Brasília: Ministério da saúde, 2012. 183p.

VIEIRA NETA, Francisca Adriele et al. Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. **Revista Rene**, v. 15, n.5 p. 823-31, 2014.

REHDER, Patrícia Moretti; PEREIRA, Belmiro Gonçalves; SILVA, João Luiz Pinto e. Resultados gestacionais e neonatais em mulheres com rastreamento positivo para diabetes mellitus e teste oral de tolerância à glicose – 100g normal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33 n. 2 p. 81-6. 2011.

SANTOS, Laura; TORRES, Heloísa de Carvalho. Práticas educativas em diabetes mellitus: Compreendendo as competências dos profissionais da saúde. **Enfermagem Florianópolis**, v. 21 n. 3. 2012.

WEINERT, Letícia Schwerz et al. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, v. 55, n. 7 p.435-45, 2011.

PRINCIPAIS CAUSAS DA REJEIÇÃO DE RIM EM PACIENTES TRANSPLANTADOS

Erta Bezerra da Silva Alves
Zenyth Gomes Medeiros
Elaine Cristina Câmara da Rocha
Tayssa Suelen Cordeiro Paulino
Luzia Kelly Alves da Silva Nascimento
Andressa Mônica Gomes Fernandes

INTRODUÇÃO: A Doença Renal Crônica (DRC) é a presença de lesão renal ou de nível reduzido da função do rim durante um determinado período de tempo (três meses ou mais), independentemente do seu diagnóstico. Nos casos da DRC ser irreversível podem-se destacar como principais fatores de risco a doença cardiovascular, diabetes, hipertensão e obesidade. Os pacientes da DRC poderão utilizar as modalidades de tratamento como a hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e transplante renal (TXR). Para ser doador renal não é necessário deixar autorização formal, mas é fundamental comunicar à família o desejo da doação. Logo após o TXR também poderá ocorrer uma complicação como a rejeição que é o termo usado para descrever a reação do corpo ao novo rim. Algum grau é esperado entre pacientes durante a primeira ou segunda semana após o TXR. Existem várias maneiras de prevenir e tratar e, na maioria das vezes, é solucionado. A última estatística indica que a sobrevida média de um rim está em torno de quinze anos. Porém, provavelmente, com a evolução das drogas atuais, a sobrevida já está maior. Os tipos de rejeição classificam em Hiperaguda - a qual ocorre nas primeiras 24 horas do pós-transplante ou até mesmo durante a cirurgia. Também poderá ocorrer a Aguda que será a partir do terceiro dia após o transplante. Sendo assim, a qualquer momento no curso do pós-transplante, mais comum nos três primeiros meses e Crônica que pode existir ao longo da evolução do transplante, levando à perda funcional lenta e progressiva do rim transplantado. A rejeição renal pode ser caracterizada pelos sintomas de infecção no receptor tais como: dor ou inchaço no local da cirurgia; dor ao urinar; temperatura acima de 37,5C e inchaço (edema) de pálpebras, mãos e pés. Para tanto, propõe a equipe de transplante realizar uma biópsia do rim (órgão enxertado) com anestesia local e requer repouso absoluto para avaliar se está ou não no processo de rejeição. Sendo necessário uso contínuo por toda a vida de medicação imunossupressora que, com o tempo, as doses vão sendo diminuídas pouco a pouco. Diante do exposto e do interesse de aprofundar a temática pela sua importância, pois ao trabalhar com pacientes que se submetem a um TXR, o profissional haverá necessidade de mais estudos com melhores impactos para contribuir na prevenção de rejeição. Logo, este estudo visa responder a seguinte questão norteadora: Quais as principais causas da rejeição de rim em pacientes transplantados? A importância deste estudo contribui para fornecer dados que reforcem a necessidade de realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que poderá favorecer para a diminuição do processo do risco de rejeição aos transplantados renais. Além da redução da mortalidade, o transplante mostra-se superior à diálise em dois aspectos, a maior qualidade de vida do paciente e menor custo para os sistemas de saúde. Assim sendo, esse trabalho teve por objetivo descrever as principais causas da rejeição de rim em pacientes transplantados. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de uma revisão narrativa

da literatura, realizado entre os meses de agosto a abril de 2016. Os instrumentos de coleta de dados foram da Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe em ciências da saúde (LILACS) e na base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Para seleção do estudo, foram adotados os seguintes critérios de inclusão os artigos no formato texto completo, publicados em Língua Portuguesa e entre os anos de 2010 a 2016. Encontrados 10 artigos e selecionados 04 para construção e desenvolvimento deste trabalho. Foram excluídos os estudos que abordavam rejeição em outros tipos de transplantes e/ou outros tipos de complicações após transplante de rim. **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:** A diálise é um tratamento que promove a vida do paciente renal crônico, podendo ocorrer para sua saúde diversos agravos. Atualmente, existem três tipos de doação de órgão renal que são: vivos parentes, vivos não-parentes e cadáver. As vantagens de doação de vivos parentes estão na sua satisfatória sobrevida do órgão renal. As desvantagens se encontram durante a sua doação no aspecto emocional. Todavia, as rejeições dos enxertos são decorrentes na grande parte de doações cadáveres. Os receptores renais com doador vivo não parente são duráveis, enquanto com doador cadáver ocorre uma sobrevida bem menor para o enxerto. A perda de um enxerto é a causa mais conhecida e na prática clínica, os principais sinais e sintomas que favorecem a rejeição são febre, hipertensão arterial sistêmica (HAS), aumento do volume e da dor sobre o enxerto, oligúria e elevado a creatinina sérica. A doação de um rim para um paciente em tratamento dialítico favorece uma qualidade de vida. Então, a população necessita de realizações de campanhas e palestras com foco em obtenção de tecidos e órgãos. O doador também precisa obter informações do seu autocuidado, pois ficara apenas com um órgão. A cada ano, ocorre o aumento do tempo de sobrevida dos enxertos renais. Tendo, como diversos fatores que favorecem: na escolha da doação viva, a compatibilidade entre os doadores e receptores, na melhora do auxílio ambulatorial e as medicações. O uso de drogas imunossupressoras, após o transplante renal, pode acarretar transtornos visuais, como catarata e glaucoma. No envelhecimento do paciente, haverá perdas aos órgãos sensoriais. No paciente renal crônico, a fadiga ocorre desde o período de hemodiálise, época que o mesmo deve manter uma alimentação restrita, em média, três vezes por semana, perdendo a liberdade de realizar suas atividades pessoais e recreativas no seu cotidiano. O transplante renal tem vantagem de proporcionar uma qualidade de vida ao paciente fora da máquina de hemodiálise. Dessa forma, o receptor devera adotar um estilo de vida qualificado com uma boa alimentação, higienização, medicação na hora certa e cuidados com a saúde. O receptor de transplante de rim terá uma vida de controles, porém livre da máquina de hemodiálise. Podendo ocorrer vários exames laboratoriais e complementares durante todo o período pós-operatório. **CONCLUSÃO:** As principais causas de rejeição de rim em pacientes transplantados estão nas complicações cardiovasculares, digestivas, tumorais e infecciosas, e são principalmente devidas ao tratamento de terapia imunossupressora, seja pela toxicidade das drogas utilizadas, seja pela imunomodulação. O risco de infecção será o mais complicado e responsável por altas taxas de mortalidade e o aumento da perda do enxerto. Sendo assim, favorecendo realizações de transplantes renais para que o paciente crônico se restabeleça na sociedade tendo uma qualidade de vida. Logo após a realização da cirurgia, pode ser observado os tipos de rejeição como: Hiperaguda que ocorrer nas 24 horas pós-transplante renal e Aguda sendo a partir do terceiro dia após o transplante renal. Havendo possibilidades de infecção do trato urinário (ITU) em

pacientes transplantados, nos primeiros meses pós-transplante, e entre o segundo ao sexto mês infecção citomegalovírus (CMV) e incisão cirúrgica. A equipe de enfermagem tem pouca condição de identificar os vários aspectos físicos e emocionais que favorecem um bom desempenho pós-cirúrgico para os pacientes transplantados de rim. Sendo assim, a equipe de transplante multidisciplinar e a SAE necessitam ser capacitados para o acompanhamento dos doadores e receptores de enxerto renal na luta contra a rejeição que aumentará a qualidade de vida do paciente e diminuirá o custo para os sistemas de saúde.

Palavras-chave: Transplante de Rim. Cuidados de Enfermagem. Rejeição de Enxerto.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J. G.; et al. Fatores preditivos de diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos ao transplante renal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 98-103, jan./fev. 2010.

ARRUDA, G.O. ; RENOVATO, R.D. Uso de medicamentos em transplantados renais: praticas de medicação e representações. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 157-164, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/20.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2016.

CRUZ, M. G. S. et al. Vivência da família no processo de transplante de rim de doador vivo. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 28, n. 3, p. 275-280, 2015.

SANTOS, C. M. et al. Percepções de enfermeiros e clientes sobre cuidados de enfermagem no transplante de rim. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 28, n. 4, p. 337-343, 2015.

PREVENÇÃO DE LESÕES DERMATOLÓGICAS: A IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Amanda Nayara P. Rodrigues
Isabel Cristina A. de Sousa
Ana Elza O. de Mendonça
Camila Araújo da Costa

INTRODUÇÃO: Dentre as lesões dermatológicas com maior ocorrência em ambiente hospitalar, destacam-se as úlceras por pressão (UP), que são lesões de pele que ocorrem frequentemente quando o tecido mole é comprimido sobre uma proeminência óssea e uma superfície rígida, ou há pressão juntamente com a presença de força mecânica como cisalhamento e/ou fricção. Essa compressão sobre as estruturas ósseas, por um período de tempo, compromete a circulação do sangue causando morte celular e, conseqüentemente, o aparecimento da úlcera (MATOS; DUARTE; MINETTO, 2010). Vários são os fatores de risco que podem desencadear as UP: idade avançada, mobilidade reduzida ou ausente, sedação, desnutrição, anemia, edema, vasoconstricção medicamentosa, vasculopatias, incontinência fecal e urinária. As UP ocasionam complicações adicionais como: comprometimento da autoimagem, dor, sofrimento, eleva o índice de morbimortalidade, aumenta o tempo de internação, o custo com cuidados ao paciente e um enorme encargo financeiro para os serviços de saúde. Os locais em que mais frequentemente encontram-se as lesões são: regiões sacrais, trocantérica, isquiática e espinha íliaca; joelhos; tornozelos; calcâneos; cotovelos; espinha dorsal; região occipital e orelhas. Em pacientes graves, há outras regiões do corpo expostas ao risco de úlceras, ocasionadas por pressões aplicadas por equipamentos, dispositivos ou seus fixadores como: tubos orotraqueais e nasogástricos, oximetria de pulso, meias elásticas, entre outros. A National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), a European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) publicaram, em 2015, um guia de referência rápida que são recomendações baseadas em evidências para a prevenção e tratamento das UP, visando padronização das informações para ser usado pelos profissionais de saúde universalmente. Essa classificação é formada por quatro categorias/graus: Categoria/Grau I- Eritema não branqueável. Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea; Categoria/Grau II- Tem perda parcial da espessura da Pele. É evidenciada por perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial, com o leito da lesão vermelho/rosa. Pode também se expor com flictena fechada ou aberta preenchida de seroma; Categoria/Grau III- Perda total da espessura da pele. Pode haver visibilidade de tecido subcutâneo, mas sem exposição de ossos, tendões ou músculos; Categoria/Grau IV- Perda total da espessura dos tecidos. Tem exposição óssea, de tendão ou músculo. Em alguns lugares do leito da ferida, pode surgir tecido desvitalizado (húmido) ou necrose (seca). Geralmente, são cavidades e fistulizadas. Estima-se que, no Brasil, a incidência de UP nas UTI's esteja entre 10,62% a 62,5%, sendo 42,6% em unidades de clínica médica e 39,5% em unidades cirúrgicas. Por isso, o conhecimento dos fatores de risco para a o desenvolvimento de UP, a avaliação clínica e da situação da pele dos pacientes, devem ser fazer parte da rotina dos cuidados de enfermagem visando colaborar para minimizar a incidência dessas complicações aos pacientes. O profissional de enfermagem deve

ser habilitado para exercer a profissão, assegurando um cuidado ao paciente livre de danos resultantes de negligência, imperícia e imprudência. Outro aspecto, importante em relação às úlceras por pressão é que sua ocorrência eleva os custos hospitalares, devido à necessidade de recursos humanos, coberturas especiais, medicamentos e o prolongamento do tempo de internação. Entretanto, além dos gastos financeiros com o tratamento, as úlceras por pressão promovem outros problemas aos pacientes, como o sofrimento físico e psíquico resultante da dor, odor e aspecto dessas lesões. Frente ao exposto, justifica-se a realização do presente estudo, para o qual se formulou a seguinte questão norteadora: como identificar os riscos para o desenvolvimento de úlceras por pressão? O objetivo do presente trabalho é identificar instrumentos para avaliar o risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que é um método específico que proporciona a síntese de estudos já publicados concedendo a criação de novos conhecimentos, baseado nos resultados apresentados em estudos anteriores. Para a seleção dos artigos as buscas foram realizadas em outubro de 2015 na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para o levantamento de estudos pertinentes à temática, utilizaram-se os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): “Úlcera por pressão”, “Unidade de Terapia Intensiva” e “Enfermagem”. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: textos publicados em português, no período de 2010 a 2015, estar disponível na íntegra na base de dados consultada. E como critérios de exclusão: textos em formatos de dissertações, teses, editoriais, carta ao editor e artigos que não contribuíssem para responder ao questionamento proposto no presente estudo. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Os cuidados da equipe de enfermagem para prevenção de UP incluem intervenções associadas ao acompanhamento integral do cliente susceptível a adquirir tais lesões. O grau de complexidade do paciente e o risco de lesões devem ser estabelecidos por meio da utilização de escalas de previsão de risco, conhecimento dos fatores de risco e da realidade das unidades de saúde. Com o objetivo de ajudar os profissionais da saúde a detectar e avaliar os riscos de ocorrência de UP em pacientes no período de internamento, diversos autores desenvolveram escalas de avaliação de risco. Demonstrou-se nos estudos que as escalas mais utilizadas são a de Norton, Waterloo e Braden, no entanto, a de Braden é a mais utilizada em pesquisas no Brasil. As recomendações quanto à frequência e locais mais susceptíveis de lesões foram determinadas por Braden. Assim, os pacientes devem ser avaliados minuciosamente no momento da admissão com o devido registro em prontuário das condições de integridade da pele, pois, as soluções de continuidade da pele são consideradas iatrogenias e podem resultar em questionamentos legais posteriormente. Tentando-se diminuir os índices de prevalência de UP e favorecer a qualidade de vida dos pacientes, têm-se recomendado estratégias de atuação constante, a fim de preveni-las. Por isso, os indivíduos com risco de UP devem ser detectados precocemente pelo enfermeiro, para tanto, recomenda-se que a predição de risco seja obtida por meio da aplicação de ferramentas de avaliação específicas (GOMES et al. 2010). **CONCLUSÃO:** De acordo com a literatura, foi possível identificar que as escalas de predição de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão mais utilizadas foram a de Norton, Waterloo e Braden. Essas escalas devem ser aplicadas diariamente pelo enfermeiro durante a realização do exame físico, no entanto, todos os profissionais da equipe de saúde devem conhecer a escala adotada pela instituição, visando à uniformidade das avaliações e das

condutas a serem adotadas. Apesar da avaliação do risco de desenvolvimento de UP ser extremamente relevante para prática clínica do enfermeiro, ressalta-se a importância das medidas gerais para prevenir essas lesões em todos os pacientes. Ou seja, o enfermeiro deve implementar intervenções de enfermagem visando preservar a integridade da pele, com ênfase especial para a mobilização do paciente, proteção de proeminências ósseas e controle da umidade. Espera-se que os resultados desse estudo possam despertar os profissionais de enfermagem, para importância das ações preventivas das UP's por meio da utilização de ferramentas ou instrumentos validados, como as escalas de predição de risco. Uma vez que, a manutenção da integridade da pele contribuirá para otimização do tempo gasto pelos profissionais com os cuidados relacionados à cicatrização das lesões, além de contribuir para segurança e bem-estar dos pacientes.

Palavras-chave: Úlcera por Pressão. Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

GOMES, Flavia Sampaio Latini et al. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 44, n. 4, p. 1070-1076. 2010.

MATOS, Letícia Sousa; DUARTE, Nalu Lopes Vasconcelos; MINETTO, Rita de Cássia. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. **Rev. Eletrônica Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 719-726. 2010.

NATIONAL Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014. Disponível em: <<http://www.epuap.org/guidelines-2014/Portuguese-Quick%20Reference%20Guide-Jan2015.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2015.

PROCESSO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DE CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI

Luzia Kelly Alves da Silva Nascimento
Alef Maia da Silva
Ádima Kelle Veras de Lima
Cleane Galdino de Oliveira
Lucas Fernandes de Almeida Oliveira
Michel Siqueira da Silva

INTRODUÇÃO: A Unidade de Terapia Intensiva tem como objetivo prestar atendimento a pacientes graves ou de risco, com potencial de recuperação, que exigem assistência médica ininterrupta, com apoio da equipe de saúde multiprofissional, além de recursos tecnológicos e recursos humanos especializados. O avanço tecnológico fez com que muitas doenças mortais se transformassem em crônicas, levando ao aumento da longevidade por vezes de pacientes em fase final de vida. Nas últimas décadas, assistimos ao envelhecimento progressivo da população, assim como ao aumento da prevalência de câncer e outras doenças crônicas. A importância de se articular, nas unidades de tratamento intensivo, a qualidade técnica da atenção dispensada, as tecnologias de acolhimento/humanização e o suporte aos pacientes terminais, numa perspectiva de promover qualidade de vida e/ou de morte, tem sido temática de discussões científicas e mudanças de práticas com a implementação da palição. A Organização Mundial de Saúde afirma que a prestação desses cuidados se constitui numa abordagem que visa à melhora da qualidade de vida e ou de morte dos pacientes e seus familiares frente a problemas associados à doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento, identificando, avaliando e tratando a dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Tais condutas, hoje denominadas de “Cuidados Paliativos”, integram as práticas assistências no Brasil, desde o ano de 2002 quando regulamentada pela Portaria MS/GM nº 19, de 03/01/2002 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. O processo de enfermagem ao paciente em fase final de vida nas unidades de terapia intensiva prevê que a assistência de enfermagem seja fundamentada na avaliação do paciente através do levantamento dos principais diagnósticos de enfermagem, de forma que forneça dados para a tomada das melhores decisões, ou seja, intervenções de acordo com as necessidades reais de cuidados dos pacientes, tendo como resultado esperado um cuidado humano e a minimização do sofrimento. **OBJETIVO:** Discutir a importância da assistência de Enfermagem através do Processo de Enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão da literatura, em que foi realizada uma busca em bases de dados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “assistência de enfermagem”, “unidade de terapia intensiva”, “processos de Enfermagem” e “cuidados paliativos”. A busca e seleção dos artigos ocorreram de fevereiro a abril de 2016 nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis em texto completo, escritos em Língua Portuguesa, publicados nos últimos cinco anos, e que abordassem o tema relacionado ao objeto de estudo. Após leitura aprofundada

e crítica dos artigos, foi realizado fichamento com posterior discussão dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: O Cuidado Paliativo confunde-se historicamente com o termo *hospice*, que definia abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. Várias instituições de caridade surgiram na Europa no século XVII, abrigando pobres, órfãos e doentes. Essa prática propagou-se com organizações religiosas católicas e protestantes que, no século XIX, passaram a ter características de hospitais. Foi em um local como este, o St. Lukes' Home, em Londres, que a enfermeira e assistente social inglesa Cicely Saunders foi trabalhar em meados do século XX. Inconformada com o sofrimento humano, estudou medicina, formou-se aos 40 anos de idade e dedicou-se ao estudo do alívio da dor nos doentes terminais. Cicely Saunders publicou artigos fundamentais em que descreve as necessidades destes doentes, difundiu o conceito da dor total e tornou-se uma grande defensora dos cuidados a serem dispensados ao final da vida. Os chamados "Cuidados paliativos" configuram uma realidade particular nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI's), hoje em processo de transição. As Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) associadas ao avanço da tecnologia médica têm crescido de forma substancial e, certamente, não há como colocar em dúvida os benefícios promovidos pelos avanços tecnológicos, desde que bem indicados e utilizados. De um lado, esses cuidados ampliam as perspectivas terapêuticas em diversas situações clínicas e, de outro, levam à possibilidade de prolongamento da vida a qualquer custo, implicando, muitas vezes, em tratamentos fúteis. O profissional de saúde que atua em UTI's junto a pacientes em palição, tendo em suas mãos a alta tecnologia, deve saber usar racionalmente esses recursos nos pacientes fora de possibilidades terapêuticas (FPT's) e suas famílias na fase da terminalidade. No cuidado paliativo, o controle dos sintomas é uma das bases do cuidado. O paciente apresenta não apenas um, mas diversos sinais e sintomas, como dor, vômito, convulsões, choro, tristeza, entre outros, o que justifica que a abordagem deva ser feita mais próxima da forma holística, ou seja, atendendo às necessidades do paciente nas áreas física, psíquica, emocional e outras. As condutas durante os cuidados paliativos nos pacientes tratados em UTI's são direcionadas, atualmente, para iniciativas de promoção de um chamado "morrer com dignidade", ou seja, em se tratando de pacientes graves, sem perspectiva de cura, o objetivo das unidades de cuidados críticos é permitir a transição (morte) com mínimo de sofrimento para o paciente, através da instituição dos cuidados paliativos. Sabe-se, na realidade atual, que há escassez de equipes especializadas que possa implementar ações paliativas de conforto e controle de sintomas. Ainda que não haja uma equipe específica de Cuidados Paliativos no hospital é possível paliar dentro da UTI. Isso demanda formação específica de toda equipe multidisciplinar que assiste o paciente. Entretanto, isso leva tempo e exige uma mudança cultural hospitalar e na forma de pensar dos profissionais intensivistas. A prática de enfermagem sistematizada pelo Processo de Enfermagem favorece a identificação das necessidades de cuidado dos pacientes em fase final de vida e de seus familiares, bem como a articulação e negociação dos cuidados com os demais membros da equipe de saúde. O enfermeiro precisa ter a consciência que o cuidado paliativo deve ser implementado quando forem esgotadas todas as possibilidades de cura, almejando a uma morte digna, deve envolver os familiares no processo do cuidado, ouvindo, explicando e esclarecendo dúvidas, explicar os cuidados que estão sendo realizados para promover o conforto (cuidados com a pele, massagem de conforto, higiene corporal, analgesia, ventilação e sedação) e manter a ambiência. Também, deve se manter

satisfatório, a hidratação, nutrição e oxigenação do paciente. É importante salientar que o registro dos cuidados paliativos prestados é de extrema importância para garantir continuidade da assistência e clareza nas informações prestadas, já que é um instrumento legal e serve de respaldo para o profissional de enfermagem. **CONCLUSÃO:** Compreende-se que o processo de enfermagem aplicado ao paciente fora de possibilidade de cura deve ser flexível, livre de padrões que focalizam mais o contexto biológico do que o social, espiritual e psicológico. Um importante foco para melhorar a qualidade do atendimento de enfermagem a pacientes terminais na UTI é aprimorar a comunicação entre os médicos, o paciente e a família, mantendo em prioridade o conforto do paciente em todos os níveis. Contudo, a decisão pela limitação terapêutica envolve um cenário complexo, no qual contracenam a equipe de enfermagem e os demais profissionais de saúde (equipe multiprofissional), a família e não raro o próprio paciente. O profissional enfermeiro deve realizar o processo direcionado a práticas de cuidados paliativos com vistas à integralidade do cuidar corpo-sujeito. Isso facilita o compartilhamento de informações, o qual implica uma maior qualidade vida às pessoas em cuidados paliativos e as suas famílias, por meio da prevenção e alívio do sofrimento.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva. Processos de Enfermagem e Cuidados Paliativos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 19, de 03 de março de 2002. O Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília (DF) 03 mar. 2002.

CARVALHO, R. T. de; ARANTES, A. C. de L. Q. **UTI**. In: **Cuidado Paliativo**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p.178-190.

KNOBEL, Elias. **Terapia Intensiva: enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

MACHADO, K. D. G.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. **A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética**. Centro Universitário São Camilo, 2007. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/54/A_cuidados_paliativos.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2011.

SILVA, M. F. da; FERNANDES, M. de F. P.. A ética do processo ante o gerenciamento de enfermagem em cuidado paliativo. **O mundo da saúde**, São Paulo, 2006, p. 318-325. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/35/etica_processo_ante.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2011.

TANNURE, Meire Chucre. SAE: **Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Willian Silva de Oliveira
Rhuama Karenina Costa e Silva

INTRODUÇÃO: Ao longo das décadas, a preocupação com a saúde materna se restringia à assistência ao parto. Porém, com a introdução da medicina preventiva, no país, e a criação dos centros de saúde iniciaram-se os programas de pré-natal que tinham como objetivo principal reduzir a mortalidade infantil (BRASIL, 2001). Dada à complexidade das ações e o conjunto de variáveis envolvidas, a partir dos anos 1990, o Ministério da Saúde, em parceria com federação brasileira das associações de ginecologia e obstetrícia (FEBRASGO), Fundo das Nações Unidas para a Infância, em inglês "United Nations Children's Fund." e UNICEF e a Organização Pan-americana de Saúde OPAS lançou o Projeto Maternidade Segura que pretendia reduzir a mortalidade materna e perinatal, através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2001). Nesse contexto, o Ministério da Saúde, em 1993, através da portaria ministerial (MS/GM nº. 1.016, de 26 de agosto) aprova as normas básicas para a implantação do sistema de alojamento conjunto em todo o território Nacional. Alojamento Conjunto é o sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece com a mãe, num mesmo ambiente até a alta hospitalar (SOARES; GAIDZINSKI; CIRICO, 2010). Assim, nesse momento, a assistência ofertada pelo profissional enfermeiro e a equipe de enfermagem torna-se um grande diferencial na melhoria da autonomia da puérpera. Considerando o puerpério um período de riscos por provocar alterações fisiológicas como o processo de regressão dos órgãos reprodutivos à situação pré-gravídica, psicológicas com a Paradoxalidade dos sentimentos como alegria, alívio, incertezas, insegurança e medo, torna-se essencial os cuidados de enfermagem que tenha como base, prevenção de complicações, conforto físico e emocional (STRAPASSONI; NEDEL, 2010). Diante do exposto, a motivação para o estudo deu-se pela observação na prática diária uma deficiência na assistência oferecida pelo enfermeiro no puerpério imediato no alojamento conjunto, ao qual delega suas atividades a profissionais técnicos elevando, assim, um risco as mulheres. Em virtude da ausência da assistência sistematizada o enfermeiro, muitas vezes, se encontra afastado do cuidado direto a puérpera devido uma sobre carga de trabalho, estando envolvida com atividades administrativas e burocráticas, ocasionando um distanciamento do aspecto assistencial. Assim, questiona-se: qual a importância da assistência do enfermeiro (a) a puérpera no alojamento conjunto? A importância deste estudo está em evidenciar em bases científicas a relevância da assistência do enfermeiro no puerpério imediato, fornecendo-lhe subsídios para que possa diagnosticar intervir e avaliar a assistência a esse público. Espera-se que possa contribuir para o aperfeiçoamento das técnicas e o fortalecimento do conhecimento do enfermeiro na assistência no puerpério imediato. Objetivou-se descrever conforme a literatura científica a importância da assistência do enfermeiro (a) a puérpera no alojamento conjunto. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura, na qual foi realizado um levantamento bibliográfico com a busca de artigos disponíveis nas bases de dados pertencentes à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foram encontrados 36 artigos, desses 10 foram utilizados, entanto 01 foi encontrado nas bases de dados SCIELO e 09

artigos da base de dados da LILACS. Foram incluídos apenas artigos em Língua Portuguesa, publicados entre 2010 e 2014, disponíveis gratuitamente online, e que respondessem ao questionamento proposto. Foram excluídos teses, dissertações, monografias, textos incompletos, artigos que não correspondia com a questão norteara e escritos em outros idiomas. Foram utilizados os seguintes descritores: “Alojamento Conjunto”; “Período Pós-Parto”; “Cuidados de Enfermagem”; “Enfermagem Materno-Infantil”. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Diante dos resultados encontrados, observou-se que dentro do processo evolutivo da assistência, a parturição gerou-se conseqüentemente a necessidade que o enfermeiro junto à equipe de enfermagem possibilite um cuidado assistencial seguro no puerpério. Percebem-se nos estudos que enfermeiro deverá ser competente e hábil para assistir à mulher, o RN, a família em diferentes cenários, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação plena e saudável. A importância da assistência do enfermeiro (a) a puérpera neste novo modelo assistencial do cuidado favorece o vínculo entre os profissionais de saúde, puérpera e os seus familiares, valorizando a acolhida pelas ações que denotam atenção a suas necessidades. Portanto, procurando não permitir que seja ofertada uma assistência no puerpério desqualificada, indiferente, impaciente, sem carinho, distante fisicamente e menosprezando as queixas, gerando uma percepção de desprezo, descaso e humilhação (SOARES; GAIDZINSKI; CIRICO, 2010). A importância da assistência do enfermeiro (a) à puérpera, nesse novo modelo assistencial do cuidado, favorece o vínculo entre os profissionais de saúde, puérpera e os seus familiares, valorizando acolhida pelas ações que denotam atenção a suas necessidades. Portanto, procurando não permitir que seja ofertada uma assistência no puerpério desqualificada, indiferente, impaciente, sem carinho, distante fisicamente e menosprezando as queixas, gerando uma percepção de desprezo, descaso e humilhação (SOARES; GAIDZINSKI; CIRICO, 2010). Percepção das puéperas, quanto aos cuidados prestados no puerpério, evidenciam que no puerpério e realizado uma assistência de forma regular pela equipe de saúde, mas, cujos cuidados em sua maioria, direcionavam-se ao recém-nascido, com insuficiente atenção à puérpera não vigilantes quanto às informações psicossociais para pode avaliar a eficiência das orientações e intervenções (OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012). Desse modo, mesmo diante das dificuldades apresentadas, o enfermeiro precisa assistir à mulher no puerpério imediato da melhor maneira possível, necessitando também de uma qualificação da equipe para uma assistência adequada no alojamento conjunto; a fim de minimizar riscos e trazer maiores benefícios ao binômio mãe/filho. **COSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante dos achados, o estudo contribuirá de formas satisfatórias para o aperfeiçoamento dos enfermeiros (as) na assistência no puerpério imediato, demonstrando que delegar suas atividades a outros profissionais elevam os riscos a mulher fortalecendo a importância da assistência do enfermeiro (a) à puérpera no alojamento conjunto. Consolidando que o enfermeiro é responsável pelos cuidados diretos de enfermagem a puérpera no alojamento conjunto sendo capaz de dar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, que exijam conhecimentos de base científica e demandem decisões imediatas por ter sensibilidade para compreender o que se passa no processo de parturição.

Palavras-chave: Alojamento Conjunto. Período Pós-Parto. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem Materno-Infantil.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.

OLIVEIRA, J. F. B; QUIRINO, G. S.; RODRIGUES, D. P. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Rev. RENE.**, v. 13, n. 1, p. 74-84, 2012.

SOARES, A.V. N; GAIDZINSKI, R. R. C; VANI, M. O. V. Identificação das intervenções de enfermagem no Sistema de Alojamento Conjunto. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 44, n. 2, p. 308-317, 2010.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Rev. Gaúch. Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 521-528, 2010.

O CONTEXTO SOCIOFAMILIAR DOS IDOSOS RESIDENTES NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA (ILPS)

Mariana Bento
Paula Ferreira dos Santos
Raissa Juliana Ferreira Batista da Fonseca
Isabel Cristina Araújo Brandão

INTRODUÇÃO: O envelhecimento da população mostra-se através da transição demográfica evidenciada pelo estreitamento da base da pirâmide populacional e o alargamento do ápice. Nota-se através do perfil epidemiológico a redução de doenças infecto-contagiosas e o aumento das doenças crônico-degenerativas exigindo inovações das políticas para intervir no campo da atenção a saúde. O processo do envelhecimento acarreta disfunções nos sistemas biológicos, emocionais e até refletindo no meio social onde o indivíduo está inserido, ocasionando dependência de cuidados. Acerca da expectativa de vida, o artifício do envelhecimento passa exigir vinculações de cuidados, incidindo em direção às Instituições de Longa Permanência (ILPS), o idoso institucionalizado passa por diversas dificuldades presentes na instituição como as regras, a coletividade, a mudança ambiental e a exclusão do vínculo social e familiar. O processo histórico sobre a construção das Instituições de Longa Permanência (ILPS) revela que antes da sua existência os idosos abandonados se dirigiam para abrigos onde residiam com pessoas com transtornos mentais, pessoas com poder socioeconômico reduzido e crianças órfãs. A Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo prestava assistência para os mendigos com a grande demanda de idosos admitidos, a partir de 1964 passou a ser nomeada instituição gerontológica. Assim, este estudo tem como objetivo descrever o contexto sociofamiliar do idoso e sua adaptação às Instituições de Longa Permanência (ILPS). **METODOLOGIA:** Estudo de revisão narrativa de literatura realizado em banco de dados da biblioteca virtual de saúde (BVS), nas bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online), no período de abril a maio de 2016. Foi feita a seleção de dez artigos utilizando os seguintes critérios de inclusão: ano de publicação com entre 2010 a 2015, texto completo em Língua Portuguesa. Após a seleção dos artigos, foi realizada uma leitura aprofundada dos estudos o qual seguiu a discussão baseada em literatura pertinente ao tema. **RESULTADOS:** Atualmente, com o aumento da expectativa de vida população brasileira o envelhecimento toma ênfase na contemporaneidade. Os fatores como a desigualdade social, o déficit de informações o desrespeito e o preconceito direcionado a pessoa idosa gera preocupações. A dependência e restrições surgiram nos idosos através das múltiplas patologias mais a soma das enfermidades crônico-degenerativas. A dependência e a consequência do processo do envelhecimento na vida do idoso se instalam conforme sua gravidade exigindo o apoio familiar que tem revelado desatenções e amedrontamento em proporciona uma assistência fidedigna. Apesar dos agravos das enfermidades acometerem as pessoas idosas proporcionando dependência para realiza suas atividades de rotinas por outro lado pode-se identificar a sua independência através da autenticar qualidade de vida. Nos países desenvolvidos, o aumento da expectativa de vida de 65 anos ou mais para a população, demonstrou problema que afetou a sociedade, como violência e maus tratos contra as pessoas idosas, liderando a posição junto com a agressão contra as mulheres e crianças. O abuso com os idosos não e

apenas uma ação. Este assunto reúne instâncias da saúde, do poder e dos direitos humanos e surge a partir de mudanças ocorridas no perfil social familiar, o qual tem destacado a lacuna entre a preservação e o cuidar com a pessoa idosa. O cenário atual tem mostrado a redução dos membros da família, comprovada pela remoção dos avós do convívio familiar. Destaca-se a busca das Instituições de Longa Permanência (ILPS) pelos familiares, mesmo contrariando o que diz a Política Nacional do Idoso (1964). As Instituições de Longa Permanência são sinônimo de moradia, onde os idosos são admitidos com idade igual ou superior a 65 anos, apresentando quadro clínico de saúde com características diferenciadas a patologias crônicas degenerativas. Em alguns casos, com máxima dependência funcional, necessitando de auxílio geronto-geriátrico. Nas Instituições de Longa Permanência (ILPS) do Brasil, observa-se que os idosos apresentam sinais de institucionalização por meio dos seguintes comportamentos: tristeza, abandono, depressão, falta de esperança, incapacidade e exclusão social. Apesar das existências de causas que não possibilitam a assistência da família com a pessoa idosa, ressalta-se que as Instituições de Longa Permanência não tem o caráter substitutivo na vida da pessoa idosa. **CONCLUSÃO:** O presente estudo revela o aumento da expectativa de vida e a ampliação das enfermidades crônico-degenerativas comprova a exigência do olhar holístico dos familiares e profissionais da área da saúde sobre o idoso, salientando que o processo de envelhecimento gera mudanças físicas, biológicas e psicológicas; ocasionando dependência do idoso, mas em virtude das políticas públicas de saúde que assegura assistência motivando o envelhecimento saudável, proporcionando melhor qualidade de vida. Vendo as mudanças do contexto social percebe-se a deficiência de preparação dos familiares para auxiliar o idoso que foi acometido pelas mudanças do envelhecimento desencadeando o desmembramento familiar e direcionando para as Instituições de Longa Permanência (ILPS). O idoso institucionalizado passa a vivência nas Instituições de Longa Permanência etapas que emerge sofrimento, dor e desenvolvimento de patologias que acomete o seu estado de saúde. Com a construção de laços fraternos de amizades com os demais idosos presente na instituição e o apoio da equipe multidisciplinar motiva a reabilitação, mas torna-se óbvio o vazio da saudade da família, que um dia foi construída com tamanha dedicação e o sentimento despertado que jamais será preenchido na vida do idoso institucionalizado.

Palavras-chave: Instituição. Enfermagem. Idoso. Maus-tratos.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Maria Irene Lopes, Violência sobre a pessoa Idosa e Serviço Social. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v 14, n. 1, p.43-63, mar. 2011. Disponível em:<file:///C:/Users/WINDOWS/Downloads/6926-16832-2-PB%20(1).pdf>.

CARMO, Hercules de Oliveira, et al. Institucionalização: porque me trouxeram pra cá? **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v 15, n. 3, p.191-201, jun. 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6005/10191>>.

DUARTE, Lidiane Mendes Nazareno, O processo de institucionalização de idoso e as territorialidades espaço e lugar? **Estud. Interdiscipl. Verhlic**, Porto Alegre, v. 19,

n. 1, p. 201-217, 2014. Disponível em:
<<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-731587>>.

OLIVEIRA, Annelissa Andrade Virgíneo de et al. Maus-tratos a idosos, revisão integrativa da literatura. **Revista brasileira enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p.128-133, jan./fev. 2013.

ROCHA, Luanna dos Santos et al. Necessidades humanas básica dependência de cuidados de enfermagem de idosos institucionalizado. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 13, n. 9, p.722-30, jul./set. 2013.

SALCHER, Eduarda Brum Guedes, et al. Cenário de Instituição de Longa Permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 259-272, 2015.

SOUZA, Deusélia Moreira, et al. Representações do Idoso Asilado sobre os Cuidados da Família. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v 14, n. 3, p.149-165, jun. 2011.

SILVA, Barbara Coeli Oliveira et al. Experiências vivenciadas por acadêmicos de enfermagem com idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Kairos Gerontologia**, São Paulo, v 15, n. 3, p. 179-189, jun. 2012.

PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA A DEPRESSÃO NA ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR

Eder Bruno da Costa Vieira
Geylane Teixeira de Melo
Iana Camila da Silva Cabral
Jackeline Oliveira de Melo Costa
Lucinéia Sales de Moraes
Karolina de Moura Manso da Rocha

INTRODUÇÃO: A depressão é um ato ou efeito de deprimir-se, é uma doença psiquiátrica crônica capaz de causar inúmeros sintomas psicológicos e físicos. É um transtorno depressivo que afeta pessoas de todas as idades, classes sociais e sexo. É caracterizada pela perda do prazer nas atividades (anedonia), apatia, alterações cognitivas, diminuição da capacidade de raciocinar adequadamente, de tomar decisões, além da diminuição nos níveis de serotonina que é um hormônio essencial para regulação do bom humor e de outras funções. O sintoma mais conhecido é uma profunda e prolongada tristeza, caracterizada pela alteração do humor e baixa autoestima. A depressão pode surgir em qualquer parte da vida, desde a infância até a terceira idade, estima-se que cerca de 15% a 20% da população mundial, em algum momento da vida, sofreu de depressão. A faixa etária que mais é acometida com a doença é entre 24 e 44 anos. A depressão é duas vezes mais comum em mulheres do que em homens, sendo mais comum em adultos jovens do que em idosos. Não existe uma causa única para a depressão, pode ser provocada por diversos fatores físicos, psicológicos ou herdada geneticamente. As causas são inúmeras, acredita-se que o stress, estilo de vida, rejeição, e outros fatores estão relacionados com o surgimento ou agravamento da doença. Os enfermeiros estão entre os profissionais mais suscetíveis aos problemas da saúde mental, uma vez que são os que interagem, na maior parte do tempo, com indivíduos que necessitam de sua ajuda, sendo que as pressões no trabalho contribuem para minar sua saúde mental (CARVALHO, 2004; SILVA, 2004; KOVÁCS, 2002; BABA et al., 1999). Os profissionais que atuam nos hospitais recebem formação para curar, sendo o convívio com a morte extremamente ameaçador quanto ao ideal de vida e cura (CHIATTONE, 2000). Estar diretamente ligado no auxílio do processo de tratamento e cura de um paciente traz uma responsabilidade que acaba por se tornar um peso quando se trata de um setor onde ele cuida de quase 30 pacientes/usuários com patologias distintas, bem como suas famílias e aspectos socioculturais. O hospital e a equipe de saúde são influenciados por fatores culturais, sociais e econômicos (HELMAN, 2003). A organização hospitalar difere de outras instituições por sua complexidade, necessidade de agilidade emergencial e atendimento personalizado, o que se reflete no viver do trabalhador (ALVES, GODOY; SANTANA, 2006). E por conta dessa correria em busca da melhora do outro, acaba que sua própria saúde passa despercebida, sendo muitas vezes ignorada, não falando apenas de características físicas e imunológicas, mas principalmente das mentais, pois nelas está contido o ser enfermeiro, juntamente com suas angústias e preocupações.

OBJETIVO: Identificar na literatura os fatores de risco depressão aos trabalhadores de enfermagem no ambiente hospitalar. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura que são uma forma de pesquisa que utiliza fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisa de outros

autores, com o objetivo de fundamentar teoricamente um determinado tema (ROTHER, 2007). Foram pesquisados nas bases de dados da BVS - Biblioteca Virtual em Saúde, da Bireme os respectivos sites Lilacs, Scielo. Para a busca do conteúdo foram empregados os descritores como “enfermagem”; “depressão”; “ansiedade”; “suporte social”; “profissionais de enfermagem”, “saúde mental”. Todos empregados em português e em combinações, o único usado isoladamente foi o termo depressão. Termos de inclusão: publicações entre 2002 e 2016 (nos últimos 14 anos). Foram encontrados 04 artigos todo em português, disponibilizados na íntegra. **RESULTADOS:** O trabalho influencia a saúde do trabalhador, com interações positivas ou negativas tendo fatores condicionantes como: sociais, econômicos, organizacionais, e fatores de risco ocupacionais. O trabalho intenso dos profissionais da enfermagem contribui significativamente para problemas psíquicos no ambiente hospitalar, intervindo no processo saúde doença levando-o ao adoecimento físico e/ou psíquico. Essa sobrecarga de trabalho faz-se observar diversas alterações como: tristeza, insônia, irritabilidade, hipertensão, ansiedade, frustração, modificação do fluxo menstrual e taquicardia. Comprometendo seu desempenho profissional, suas relações interpessoais e problemas pessoais. O estresse e a depressão englobam-se aos distúrbios psicossociais dos últimos anos. Stacciarini e Troccoli (2001) destacam que a enfermagem foi classificada pela Health Education Authority como a quarta profissão mais estressante no setor público. Hipólito (2005) observou nos trabalhadores de enfermagem estresse associado ao excesso de tensão e responsabilidade. Uma considerável quantidade de trabalhadores de enfermagem referia que tomam medicamentos psicoativos, como o uso do benzodiazepínicos, também conhecidos como ansiolíticos. Os benzodiazepínicos estimulam mecanismos no cérebro equilibrando estados de tensões e ansiedades e inibem os mecanismos que estão em funcionamento devido ao excesso de tensões no dia-a-dia. Tendo como consequência dessa ação, a sintetização de uma depressão relacionada ao uso dos ansiolíticos que acarretam por uma diminuição de ansiedade, indução de sono, relaxamento muscular e redução do estado de alerta. Fatores que levam a equipe de enfermagem à depressão: a) o contato íntimo e frequente com a dor e o sofrimento; b) o contato íntimo e frequente com a perspectiva da morte e com o morrer; c) o lidar com a intimidade corporal e emocional; d) o lidar com pacientes difíceis – queixosos rebeldes e não aderentes ao tratamento, agressivos, hostis, reivindicadores, autodestrutivos, cronicamente deprimidos; e) o lidar com as incertezas e limitações do conhecimento científico que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes que desejam certezas e garantias. f) pressão psicossocial, pressão no trabalho, baixa autonomia, competitividade. g) racionalização da produção, sobretudo por redução de custos. h) piso salarial baixo, carga horária excessiva. I) hábitos alimentares irregulares, falta de reconhecimento. j) pouco contato familiar, momento de lazer. H) assédio moral e falta de reconhecimento profissional, assim, o contato com a fragilidade humana e com as expressões psicológicas de desamparo, medo, desespero, pânico, depressão, agressividade e tantas outras que estão associadas ao fenômeno do adoecer são experiências vividas constantemente no cotidiano profissional (KATO, 1986; MARTINS, 1991, TORRANO-MASETTI; OLIVEIRA E SANTOS, 2000; VIVONE, 2004). A hereditariedade é tida como um fator determinante, visto que filhos de pai e mãe depressivos têm mais chances de terem depressão do que os filhos de pai e mãe não depressivos. Depois de diagnosticada, a depressão, como citada anteriormente é tratada com visitas a

psicólogos, psiquiatras e com medicamentos para controle e equilíbrio dos níveis de serotonina do organismo. Segue abaixo alguns medicamentos que podem ser prescritos, como Amitril, Citalopram, dentre outros medicamentos. **CONCLUSÃO:** Diante de diversos sintomas relacionados à depressão nos profissionais de enfermagem, conclui-se que a carga horária e o trabalho excessivo são os principais fatores de risco que contribuem para o adoecimento destes. Tendo em vista que esta é uma doença que não tem cura, mas, que pode ser controlada através de vários tipos de psicoativos que só poderão ser prescritos pelo médico profissional, o qual saberá a duração do tratamento e a dosagem indicada para cada caso. Os medicamentos agem diretamente no sistema nervoso central do indivíduo combatendo a sintomatologia, mas, as substâncias contidas nesses medicamentos podem também comprometer a saúde dos profissionais de enfermagem ocasionando perturbações psíquicas. No entanto, o consumo destas faz parte do cotidiano dos trabalhadores de enfermagem. Devem-se obter maneiras que previnam o adoecimento buscando diminuir o excesso de trabalho como, por exemplo, contratando mais profissionais da saúde, ofertando melhores condições no que diz respeito à remuneração, ambiente, materiais e direitos trabalhistas que assegurem a qualidade de vida do profissional, bem como de sua família.

Palavras-chave: Enfermagem. Depressão. Ansiedade. Suporte Social. Profissionais de Enfermagem. Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

ALVES, D.; GODOY, S.C.B.; SANTANA, D. M. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 1, n. 2, p. 195-200, 2006.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Cienc. Saúde colet.**, v.9, n.3, p. 669-78, 2004.

SOARES, G.B. **A depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia.** 2009. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/92461/275268.pdf?sequence=1>> Acesso em: 27 abr. 2016.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, jun. 2007.

STACCIARINI, J. R.; TROCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, abr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0114-11692001000200003&1ng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2009.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE

Aline Rodrigues da Cunha
Crislânea Cecília Goes de Oliveira
Jade Pinheiro Gurgel Neves
Olenka Azevedo Medeiros do Monte
Tayssa Suelen Cordeiro Paulino

INTRODUÇÃO: Com a reorganização do modelo da saúde, determinou-se um modelo assistencial mais amplo voltado para a prevenção e também a promoção da saúde com uma visão total e integral do indivíduo. Foram assumidas estratégias voltadas para o entendimento e a captação do ser humano de forma integral dentro de seu contexto familiar, considerando seu ambiente e sua realidade vivenciada, destacando-se Estratégia Saúde da Família (ESF) dentro da atenção básica com a visita domiciliar (VD). Dessa forma, a VD é uma ferramenta de suma importância que reúne subsídios efetivos através do conhecimento em saúde para uma abordagem educativa e assistencial no processo saúde-doença desenvolvidas nas áreas urbanas e rurais. Nessa prática, a visita estreita os laços e fortalece vínculos, entre profissional/família traçando um atendimento humanizado, facilitando o processo a uma assistência de qualidade. Todavia, para haver um resultado satisfatório estima-se que essas orientações possam ser executadas de formas criativas e inovadoras correspondendo um acréscimo e uma amplitude maior na participação da clientela, além de estável e duradoura como forma de melhorar os instrumentos de trabalho da enfermagem e sua equipe. Assim, o enfermeiro da ESF por meio de visitas domiciliares (VD) fornece um monitoramento e ou vigilância da situação da saúde familiar e fatores de riscos suscetíveis, a fim de um conhecimento de forma generalizada, coletiva e também individual da população assistida. Desempenhando papel fundamental desde o acolhimento da clientela o enfermeiro ainda exerce e desenvolve ações objetivando a promoção da saúde, buscando melhorar a qualidade de vida da população através do desenvolvimento de ações pertinentes, para isso se utilizam as práticas educativas e orientação para população. Assim sendo, o presente estudo tem por objetivo descrever o cotidiano assistencial do enfermeiro na prática da promoção e prevenção à saúde através da visita domiciliar.

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo revisão de literatura, onde foi realizado um levantamento do tema abordado, abrangendo artigos, manual do Ministério da saúde e teses dissertativas, de acordo com o pesquisado. Esse levantamento tem por finalidade cobrir todo o assunto abordado na questão. O levantamento bibliográfico abrangeu as seguintes bases de dados como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando dos seguintes descritores em ciências da saúde: Enfermagem; Assistência domiciliar; Estratégia Saúde Família.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: A visita domiciliar está inserida dentro do contexto da atenção básica, onde ocorre o primeiro contato do sistema de saúde com a população, sendo esse realizado pelo agente de saúde fazendo o cadastramento da clientela, analisando e reconhecendo subsídios concretos para uma real necessidade da comunidade, focando em cada família. Pensando nisso, elaborar e planejar ações preventivas e curativas, em promoção e educação em saúde conforme proposto. As visitas domiciliares são realizadas por uma equipe

multidisciplinar, o enfermeiro membro da equipe multidisciplinar assume, além do enfrentamento da visita em si, uma função gerencial perante a unidade, qualificando e supervisionando os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) bem como sua equipe de técnicos. O enfermeiro tem uma função no processo investigativo, abrindo e ampliando novos caminhos e campos de atuação, visando à mudança das práticas assistencialistas para as práticas desenvolvidas holisticamente. Dentro desse processo, podemos citar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) como norteador da orientação em educação desenvolvida pelos enfermeiros. Cabe ao enfermeiro a vigília constante da população adstrita, a fim de um conhecimento maior sobre a problemática do local impedindo o surgimento de agravos como também as potencialidades do local. Na sua atividade diária, através do conhecimento das famílias sua estrutura e em seu contexto social são traçadas intervenções de acordo com as necessidades de cada família. Na visita diária, o principal mecanismo que o enfermeiro utiliza para fins satisfatórios são: a educação à saúde de forma continuada e assistida e a conscientização das famílias em seu processo saúde/doença respeitando fatores socioeconômico, proporcionando o conhecimento à comunidade sobre possíveis riscos e danos à saúde. Entretanto dentre todas as funções designadas aos enfermeiros, a abordagem e a prática nem sempre são satisfatórias no processo, devido a inúmeros fatores que atrapalham uma boa análise da entrevista em si, como horário inapropriado, localização com riscos a equipe (analisar o território previamente), acesso aos domicílios (meio de transporte), a falta de uma comunicação apropriada, dentre vários outros. Para a ocorrência efetiva em tal processo, é fundamental o profissional fazer o planejamento de sua visita, elaborando um roteiro sistematizado, com enfoque sempre na qualidade da pessoa e de sua família. A visita permite ao profissional e sua equipe aproximações à realidade em que o indivíduo ou a comunidade vive. Todavia, mesmo diante de fatores críticos, podem-se destacar ações realizadas pelo o enfermeiro, como: consulta de enfermagem (incluindo avaliação física), classificação de risco, avaliação de vacinas, acompanhamento de reações adversas, exames, preventivos, pré-natal, palestras educativas e preventivas para grupos específicos. Atendendo às necessidades para uma consulta eficiente, faz-se importante elaborar um planejamento de visitas com uma planilha e um cronograma específico a fim de acertar contribuir para que a visita de fato ocorra, sendo assim consequentemente ampliando a área de atendimento, com as informações fiéis colhidas pelo o agente comunitário, respeitando uma boa comunicação entre as partes. Esse vínculo viabiliza uma interação e um acolhimento positivo, despertando a continuidade do que é proposto pela estratégia. Esse modelo de assistência é visto de forma excelente e eficaz, pois possibilitaram melhoras na saúde da população, consequentemente uma qualidade de vida, através do acompanhamento, bem como prevenção de doenças, e o tratamento quando necessário, pois possibilita o cuidado de forma integralizado do ser humano (BRASIL, 2012). **CONCLUSÃO:** O tema abordado no trabalho permite entender e compreender a importância da implantação da visita domiciliar como instrumento da prevenção e promoção à saúde. Na atenção primária, especificamente em unidade que dispõe da ESF é onde ocorre o primeiro contato entre usuário/comunidade e serviço, sendo estabelecidos vínculos que permitem uma abordagem mais significativa com a família. Na VD, entende-se o quão importante e necessário se faz o conhecimento do ambiente familiar, bem como seus fatores sociais, culturais e econômicos para um planejamento e uma intervenção apropriada e eficaz, tendo o

foco na integralidade do ser humano e não apenas na doença. Através de programas elaborados na ESF a equipe desenvolve o trabalho de educação e conscientização para uma prevenção positiva. Trabalhando direta e indiretamente os fatores determinantes e condicionantes em saúde. Entretanto o enfermeiro nem sempre consegue desempenhar sua função de uma forma satisfatória, pois muitos são os problemas enfrentados como a falta de segurança do local, falta de estrutura, aceitação e participação da população, falta de transporte e uma comunicação ineficaz.

Palavras-chave: Enfermagem. Assistência domiciliar. Estratégia Saúde Família

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Caderno de atenção domiciliar**, v. 1, Brasília, 2012.

FORLIN, D. C. **A visita domiciliar do enfermeiro na atenção básica**: uma proposta de prática emancipatória. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014, 30-31f. Disponível em:
<///C:/Users/Pc/Downloads/Dissertacao_DeisiCForlin%20(1).pdf>. Acesso em: 17 out. 2015.

NASCIMENTO, J. S. et al. Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 513-522, out./dez., 2013. Disponível em:
<http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2013.4_artigo8.pdf>. Acesso em: 16 out. 2015.

RANGEL, R. F. et al. Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 498-504, jul./set., 2011. Disponível em:
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/24223/16236>. Acesso em: 16 out. 2015.

SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 492-497, jul./set., 2011. Disponível em:
<ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewfile/21761/16235>. Acesso: em 17 de outubro de 2015.

SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 9, n. 3, p. 569-576, jul./set., 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Pc/Downloads/6856-47677-1-PB%20(1).pdf >. Acesso em: 19 out. 2015.

BORGES, R.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, p. 1-10, maio/out. 2010. Disponível em:
<www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a11v15n37.pdf>. Acesso em: 22 out. 2015.

KAWATA, L. S. et al. Os desempenhos da enfermeira na saúde da família – construindo competência para o cuidado. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 961-970, out./dez., 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/12.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.

O CAPS COMO FACILITADOR DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DO USUÁRIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Melina de Oliveira Pimentel
Tayssa Suelen Cordeiro Paulino
Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson
Ilara Maria Ferreira Alves
Thuisa Emmanuelle do Nascimento Pessoa de Melo
Fábio Claudiney da Costa Pereira

INTRODUÇÃO: No Brasil, a Reforma Psiquiátrica iniciou-se em meados de 1970 com o objetivo de reestruturar a assistência em saúde mental, especialmente, através de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. A proposta feita pelo Deputado Paulo Delgado ganhou impulso por meio do projeto de Lei nº 3.657/1989, e após o país tornar-se signatário da Declaração de Caracas, foi aprovada a Lei Federal 10.216/2001, a qual visa, basicamente, garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental nos serviços substitutivos. Entre estes, estabeleceram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Ambulatórios de Saúde Mental, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Serviços de Emergência e Urgência, além dos leitos Psiquiátricos em Hospital Geral. Especificamente, no caso dos CAPS, que são serviços de saúde abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde (SUS) para pessoas que sofrem com transtornos mentais, objetiva-se oferecer acompanhamento clínico e promover a reinserção social através do trabalho, lazer e exercício da cidadania. De acordo com a capacidade de atendimento, porte e clientela atendida, são divididos em cinco modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Esses locais devem garantir relações centradas no vínculo e no acolhimento e ter um projeto terapêutico individual, que leve em consideração cada usuário na unidade, as iniciativas familiares e as diferentes contribuições técnicas dos profissionais. Suas práticas caracterizam-se por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, através de ações que promovam inclusão social e qualidade de vida. Compreendendo a importância desses serviços ao processo de reabilitação psicossocial dos usuários, o tema do estudo é relevante por possibilitar discussões e reflexões sobre a prática de enfermagem em saúde mental. Diante disso, objetivou-se relatar a experiência vivenciada em um Centro de Atenção Psicossocial II, no município de Macaíba-RN.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo, e nele será relatada a experiência de atividades desenvolvidas por alunas do curso de Graduação em Enfermagem durante o estágio desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, do município de Macaíba, no mês de abril de 2016. Inicialmente, os alunos foram apresentados aos campos de prática pelo preceptor responsável, em conjunto com a coordenação e equipe multidisciplinar. Em seguida foram discutidos temas relacionados aos serviços substitutivos, como oficinas, reabilitação psicossocial, grupos terapêuticos e outros; momento essencial à construção do processo de corresponsabilização pelas ações a serem implementadas. Durante o estágio, acompanhou-se a rotina do serviço, com o intuito de desenvolver atividades de apoio aos profissionais e usuários, a partir de suas necessidades e interesses. E, com base nisto, foram elaboradas ações de enfermagem preconizadas pelo Ministério da Saúde, a partir da observação das atividades cotidianas dos usuários nos serviços substitutivos, incluindo ações de educação em saúde e oficinas

terapêuticas. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A experiência vivenciada, no CAPS II, do município de Macaíba, foi dividida em vários momentos. O primeiro deles compreendeu reconhecer a realidade da instituição, e se deu através do diálogo com os profissionais e da observação da rotina do serviço, em que foi possível obter o reconhecimento do seu cotidiano, as dificuldades e desafios enfrentados, o perfil sócio-demográfico dos usuários, e as necessidades a serem trabalhadas na instituição. Dessa forma, foi possível estabelecer uma relação de aproximação com o serviço e captar a realidade existente. A estratégia adotada no segundo encontro foi, inicialmente, de conhecer os usuários por meio da apresentação, em que cada pessoa, individualmente, esteve em liberdade para falar conforme a sua vontade. Nesse momento, pôde-se perceber o nível de conhecimento e intimidade entre os usuários, suas vontades, seus objetivos, e como se dá a convivência entre eles. Mediante as informações obtidas, foram planejadas as ações a serem desenvolvidas no decorrer do estágio, sendo estas adaptadas a cada encontro. Levando em consideração suas necessidades, pensou-se em trabalhar com atividades que dinamizassem a rotina do serviço e, que, de certa forma, pudessem contribuir para o processo de reabilitação psicossocial dos usuários. Nessa perspectiva, mencionou-se rapidamente a realização de atividades de educação em saúde que abordassem as doenças emergentes: Zika, Dengue e Chikungunya. Isso pelo fato da maior parte dos usuários mostrarem-se curiosos sobre o tema e devido ao contexto em que o cenário de saúde brasileiro se encontra, esta problemática foi avaliada como sendo de extrema relevância. Esta atividade teve enfoque preventivo, e exigiu a participação dos usuários, o que é considerado primordial ao processo de inclusão social, e até mesmo no sentimento de valorização, intrínseco a cada um. Com a utilização de ilustrações, a equipe e os usuários em conjunto, produziram cartazes com ações de combate à proliferação do vetor transmissor *Aedes Egypt*. Através dessa experiência, notou-se que apesar dos transtornos mentais, o desempenho social não foi impedido; pelo contrário, participaram ativamente da atividade, e, em muitas vezes, conseguiram surpreender com observações perspicazes. É importante salientar que a maioria dos usuários frequenta regularmente os serviços há vários anos. Posteriormente, foi proposta a realização de uma oficina de pintura. Nessa atividade, os usuários selecionavam desenhos que se identificavam para que pudessem pintá-los. Havia desenhos de frutas, animais e objetos, e ao final, cada pintura foi comentada, com o intuito de observar a expressão individual e coletiva, e compartilhar diferentes e semelhantes experiências de vida. Ao término da atividade, todas as pinturas foram fixadas em um painel intitulado “Mural das Artes” e expostas no serviço para valorizar o feito de cada um. Ao longo do estágio, foram realizadas duas oficinas de trabalhos manuais, ambas ocorreram por meio da disponibilização de retalhos e botões. Nelas, os usuários produziram tapetes, cortinas e toalhas de mesa, colares e vários modelos de enfeites de parede e outros materiais. Para alguns, estas atividades contribuem para gerar renda individual em atividades fora do CAPS. No quinto e último dia de vivência, realizou-se uma oficina de musicoterapia. A proposta foi desenhar os objetos retratados na letra da música “Aquarela”, escrita pelo músico popularmente conhecido por Toquinho. Para isso, foram distribuídos folhas em branco e lápis de cor, e à medida que a música tocava, os usuários identificavam os objetos contidos na canção e os desenhavam. Além de promover um momento relaxante, o objetivo da atividade foi observar as habilidades cognitiva, social e emocional. Durante toda a vivência concretizada no CAPS II, formularam-se estratégias de atuação para melhoria da qualidade de vida dos atores

envolvidos, fazendo uso de instrumentos facilitadores deste processo, como diálogo e acolhimento. Foram aproveitadas todas as oportunidades para contribuir com a equipe e estabelecer um vínculo positivo com os usuários, sendo este último, claramente percebido no momento da despedida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência vivenciada permitiu conhecer o funcionamento dos serviços substitutivos e identificar sua importância no processo de reabilitação psicossocial dos portadores de transtornos mentais. Verificou-se que o cuidado de qualidade deve ser provido em liberdade, e, que, nesta nova forma de cuidar, devemos valorizar e priorizar a fala e aproveitá-la para que a partir dela possamos desenvolver estratégias para repensar a assistência. Evidenciou-se que as atividades realizadas no CAPS II muito acrescentam à formação profissional e pessoal. São atividades que propiciam a convivência com as diferenças e a troca de saberes; e, que, permite aos usuários exercitar sua autonomia. Através delas, foi possível perceber que a reinserção social e a garantia dos direitos de cidadania dos sujeitos são imprescindíveis ao processo de reabilitação psicossocial.

Palavras-chave: Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

SANTOS, Elitiele Ortiz dos et al. Serviços substitutivos na perspectiva da reabilitação psicossocial: um relato de experiência. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.11, n.3, p.588-592, jul./set. 2012.

O PROCESSO DE CUIDAR A PACIENTE COM DEPRESSÃO: O PAPEL DA ENFERMAGEM

Elaine Cristina Câmara da Rocha
Jose Carlos da Silva
Erta Bezerra da Silva Alves
Andressa Mônica Gomes Fernandes
Tayssa Suelen Cordeiro Paulino
Luzia Kelly Alves da Silva Nascimento

INTRODUÇÃO: Desde os primórdios da humanidade, a depressão é a doença psiquiátrica mais comum que existe. Pessoas saudáveis têm saúde emocional (sensação de felicidade) diferente das que estão em sofrimento emocional (sensação de infelicidade) e as que estão com transtorno mental, que apresentam déficits, possuem um senso distorcido de si próprio e do mundo, e não lida com o estresse e conflitos de uma forma efetiva. Elas se deprimem em consequência da lesão ou da doença, ou sofrem de uma perda anterior que compõe um novo problema de saúde; ou podem procurar os cuidados de saúde para manifestações somáticas da depressão como: cefaleia, dor nas costas, dor abdominal, fadiga, mal estar, ansiedade e disfunção sexual. Essas sensações são com frequência manifestações de depressão. Ela não é diagnosticada na metade dessas ocasiões, sendo confundida como problemas de saúde físicos. A depressão clínica é diferenciada dos sentimentos cotidianos de tristeza por sua duração e intensidade. Muitas pessoas, no cotidiano, ficam ocasionalmente tristes ou deprimidas e tem curta duração, não resultam em prejuízo no desempenho das atividades diárias. Porém, as clinicamente deprimidas, que apresentam a regra dos 4D: depressão, desesperança, desamparo e desespero. Possuem esses sentimentos durante um período mínimo de duas semanas, e sinais de um humor deprimido ou um interesse diminuído por atividades agradáveis, que antes davam prazer em realizá-las. Ainda de acordo com o estudo do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (ECA- NIMH), a idade média de começo da depressão maior é em torno de 27 anos. A duração média do transtorno seria de 9 anos. Esses achados são consistentes com outras investigações, que colocam a depressão como uma doença de caráter crônico e de início na terceira década de vida. O enfermeiro tem uma participação muito importante no processo de cuidar do paciente com depressão, desempenhando não só seu papel tecnicamente junto à equipe multidisciplinar baseado na prevenção, identificação, tratamento e reabilitação, mas também demonstrar afeto, carinho e atenção, juntamente com os cuidados pertinentes ao distúrbio, fazendo com que o mesmo se sinta acolhido e seguro em uma assistência humanizado e de qualidade. **OBJETIVO:** Discutir a importância da assistência de Enfermagem no processo de cuidar de pacientes com depressão. **METODOLOGIA:** Estudo do tipo revisão de literatura que consiste em reunir e sintetizar dados a fim de apreender o objeto de estudo. Dessa forma, a pesquisa bibliográfica permite compreender a resolução de um problema e poder obter respostas através dela. A coleta de dados foi realizada por meio das bases de dados LILACS e SCIELO, entre setembro a dezembro de 2015, empregando-se os Descritores em Ciências da Saúde: depressão; cuidados de enfermagem e humanização da assistência. Para tal, foram utilizados como critérios de inclusão: artigos disponíveis nos idiomas inglês, espanhol e português, publicados entre 2006 e 2015, que abordassem

assuntos correlatos ao objeto de estudo e cujos textos completos fossem de livre acesso on-line. Assim, excluíram-se os artigos com ano de publicação inferior a 2006, as duplicidades e cartas ao editor. Para análise crítica dos artigos, realizou-se leitura completa com as respectivas sínteses. Os dados foram discutidos a luz da literatura pertinente ao tema. Os dados utilizados neste estudo foram devidamente referenciados, respeitando e identificando seus autores e demais fontes de pesquisa, observando rigor ético quanto à propriedade intelectual dos textos científicos que foram pesquisados, no que diz respeito ao uso do conteúdo e de citação das partes das obras consultadas. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2030, a depressão será a doença mais comum e incapacitante do mundo. Atualmente, ela afeta mais de 350 milhões de pessoas. A preocupação atual com o diagnóstico é muito grande, porém pesquisas demonstram que, em média, 50% das pessoas que chegam à rede básica de saúde com sintomas de depressão não recebem diagnóstico e tratamento corretos. Como profissional de saúde humanizados os enfermeiros devem ficar atentos, tanto na Atenção Básica, quanto na Média e Alta Complexidade, portanto, deve-se observar qualquer perda na função do paciente, mudança no papel ou alteração na imagem corporal, pois pode ser um possível antecedente para a depressão. Enfermeiros podem se deparar com pacientes deprimidos ou que pensam em suicídio, sinais percebidos quando há uma perda da autoestima do paciente. A depressão acontece em qualquer idade, sendo com maior frequência nas mulheres (devido às alterações hormonais) do que nos homens. Nos idosos, os profissionais de Enfermagem têm que ficar atentos, pois o alerta mental diminuído e as respostas como isolamento podem ser indícios de depressão. Nesse caso, é proveitosa a consulta com um enfermeiro de formação psiquiátrica para avaliar e diferenciar se são sintomas de depressão ou demência. Devemos intervir enquanto enfermeiro ao paciente com depressão, conversando com eles a respeito de seus medos, frustrações, raiva e desespero pode ajudar a aliviar uma sensação de desamparo e levar ao tratamento necessário. O enfermeiro deve ajudar o paciente a aprender a enfrentar efetivamente o conflito, os problemas interpessoais e pesar, bem como encorajá-lo a discutir as perdas reais e potenciais, podendo acelerar sua recuperação. Também pode ajudar o paciente a identificar e diminuir expectativas irreais e os pensamentos negativos, assim como mostrar que esses pensamentos contribuem para depressão. Nós enquanto enfermeiros, devemos monitorar o paciente para o início de novos problemas, porque a depressão afeta de modo adverso à saúde física e as atividades de autocuidado. Os pacientes com depressão deverão ser avaliados para determinar se eles se beneficiaram da terapia antidepressiva. Além das medidas previamente listadas, os programas psicoeducacionais como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), estes programas podem reduzir o sofrimento relacionado com a ansiedade e a depressão, bem como ajudar os pacientes e suas famílias a compreender a depressão, sendo opção de tratamento promovendo o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e promovendo a desinstitucionalização (acolhimento e a terapêutica específica), para fazer o diferencial na vida desses pacientes, com respaldo das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os CAPS surgiram como alternativa para o tratamento, substituindo o modelo do hospital psiquiátrico tradicional. No cotidiano do trabalho nos CAPS, são realizadas atividades que visam à socialização da pessoa portadora de transtorno psíquico, entre elas: educação física, oficinas culturais, oficinas de

música, de expressão corporal, de dança, caminhadas no bairro, entre outras. O enfermeiro terá que explicar aos pacientes que a depressão é uma doença clínica e não um sinal de fraqueza pessoal, e que o tratamento efetivo permitirá que eles se sintam melhor e permaneçam emocionalmente saudáveis, esse diálogo constitui um aspecto importante do cuidado. **CONCLUSÃO:** Pelos dados da OMS, pelo menos 5% das pessoas que vivem em comunidade sofrem de depressão. Nesse contexto, ressalta-se a importância do papel do enfermeiro no cuidado ao paciente com depressão atentando-se aos sinais e sintomas para que a intervenção seja o mais precoce. Enquanto enfermeiro é de suma importância que o mesmo tenha o conhecimento sobre a doença e sua evolução bem como das medidas terapêuticas que podem ser aplicadas. A interação do enfermeiro com a equipe multiprofissional é extrema importância na condução dos pacientes com depressão. É preciso que os cuidados sejam voltados para transcender a necessidade física apenas e sim levar em conta as necessidades psicossociais, e também visem combater o estigma por vezes criado em torno da doença pelos próprios profissionais e comunidade. Aponta-se também para a necessidade de se incentivar os governos a implementarem políticas públicas eficazes para combater o transtorno. Acredita-se ser de vital importância o profissional da área de saúde conhecer quais os paradigmas em que ele se baseia no atendimento às pessoas com depressão, suas ideias e seus conceitos para que possa implementar uma assistência humanescente que busque o reestabelecimento do paciente com transtorno depressivo.

Palavras-chave: Depressão. Cuidados de Enfermagem. Humanização da assistência.

REFERÊNCIAS

GONÇALVES, C.A.V.; MACHADO, A.L. Depressão, o mal de século: de que século? **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.15, n.2, p.298-304, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a22.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2015.

MARCUS, M. et al. **Depression:** a global public health concern. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf?ua=1>. Acesso em: 21 out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide, a global imperative.** 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1>. Acesso em: 21 out. 2015.

OCORRÊNCIA DA ESQUISTOSSOMOSE, SEGUNDO A PREVALÊNCIA, NÚMERO DE INTERNAÇÕES E ÓBITOS, EM ESTADOS DA REGIÃO NORDESTE

Carlos Capistrano Gonçalves de Oliveira
Ana Karolyne Silva de Azevedo
Elayne Maria Silva da Gama
Luana Ricardo de Lima
Ana Mércia Pegado Silva Wandelely
Ismar Paiva

INTRODUÇÃO: A esquistossomose é uma doença milenar que continua mantendo a sua prevalência em cerca de 58 países, distribuídos na maioria dos continentes, entre eles a Ásia, África e nas Américas, onde estão expostas milhões de pessoas à doença. A mortalidade estimada para o *Schistosoma mansoni* e *S. haematobium* no mundo é de 280.000 pessoas por ano (COURA; AMARAL, 2004; PEARCE; MACDONALD, 2006). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) estima que no mundo existam cerca de 240 milhões de pessoas com a esquistossomose. No Brasil, estima-se que existam 25 milhões de pessoas expostas a adquirir a esquistossomose, desses indivíduos, 2,5 a 6 milhões de pessoas encontram-se infectadas (OMS, 2009). Atualmente, existem 2,5 milhões de esquistossomóticos (SOARES et al, 2003; AMORIM et al., 2014; REY, 2008). No Brasil, na região Nordeste, as espécies que funcionam como hospedeiros intermediários são caramujos pertencentes ao gênero *Biomphalaria*, com as espécies *B. glabrata*, (SAY, 1818) e *B. straminea* (DUNKER, 1848), e na região Sul, o *B. tenagophila* (ORBIGNY, 1835). A presença do homem doente, os hospedeiros intermediários, e a água como veículo de transmissão são suficientes para desencadear surtos da esquistossomose em uma localidade (LOPES, 2006; p. 1448). O hospedeiro definitivo de importância epidemiológica é o homem, este, elimina nas fezes ovos, que ao entrar em contato com a água, libera o miracídio, que penetra nas partes moles do caramujo *Biomphalaria* sp., ocasionando sua infecção. (NEVES et al. 2011). Por este motivo, o caramujo, hospedeiros intermediários do *Schistosoma mansoni*, é o principal elo, entre o homem doente e o sadio, completando dessa forma a cadeia epidemiológica da esquistossomose (REY, 2008). O *Schistosoma mansoni*, no interior do caramujo, sofre transformações e dar origem a cercária, que penetra ativamente na pele do homem, quando esse se encontra trabalhando ou banhando-se em águas contaminadas (NEVES et al., 2011). O *S. mansoni* tem seu habitat na veia mesentérica inferior, tributária do sistema porta do homem, elimina seus ovos no interior dos vasos sanguíneos e 50% desses ovos se distribuem pelo organismo e outros 50% são eliminados com as fezes (NEVES et al., 2011). A distribuição da esquistossomose no Nordeste ocorre sempre na zona da mata e litoral. Os Estados de maior prevalência são os Estados de Sergipe, Alagoas e Pernambuco (BARBOSA et al., 2015; SILVA; DOMINGUES, 2011). No Rio Grande do Norte, a esquistossomose é encontrada em 22 dos 167 municípios. A esquistossomose é endêmica nos municípios da Zona da Mata e do Litoral, sendo rara nas regiões do Agreste e do Sertão (Sistema de Informação de Agravos de Notificação- SINAN-RN). O presente trabalho tem por objetivo divulgar, um estudo comparativo da esquistossomose com relação à prevalência, internações hospitalares e mortalidade nos Estados do Rio Grande do Norte (RN), Pernambuco

(PE), Alagoas, (AL) e Sergipe (SE). **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:** A OMS, em 2013, fez um estudo sobre o número de pessoas tratadas no mundo. Ela estimou que cerca de 261 milhões de pessoas, em 78 países, precisavam de tratamento. Porém, estimativas efetuadas com relação aos indivíduos tratados alcançaram aproximadamente 92%, (240/261 milhões), em 52 países (WHO, 2013). No Brasil, estimativas realizadas, calcula que foram tratadas cerca de um milhão de crianças no Brasil. (STANFORD UNIVERSITY, CALIFORNIA, USA, 2015). A prevalência da esquistossomose tem decrescido, nos últimos anos, em 1990 era de 11% e em 2010, alcançou seu menor nível, 5% (BRASIL, 2013). A queda dessa prevalência foi em média de 0,25%, ao ano, quando se toma como referencia o período 1990-2010 (BRASIL, 2013). Os hospedeiros intermediários distribuídos no litoral e na zona da mata influenciam diretamente a carga parasitária e a gravidade da esquistossomose. Quando o hospedeiro intermediário é o *Biomphalaria glabrata*, as infecções são mais graves, pois esses caramujos chegam a eliminar até seis mil cercárias por dia, por caramujo (REY, 2008; NEVES, 2011). O Estado de Pernambuco é o único a informar sobre taxas de infecções e distribuição geográfica da esquistossomose e dos seus hospedeiros intermediários. Em municípios situados na região litorânea do estado de Pernambuco, o *Biomphalaria glabrata* surge com taxas de infecção que variam de 81,4%, em Porto de Galinhas, praia situada no município de Ipojuca, e 4%, na praia denominada Carne de vaca, distrito de Goiana-PE, (BARBOSA et al., 2015; GOMES et al., 2012). O *Biomphalaria straminea*, na zona da mata, em Pernambuco, apresentou índices de infecção de 0,9% (BARBOSA et al., 2015). No nordeste, o estado de Pernambuco, apresenta uma prevalência de esquistossomose que varia de 5% a 70% (PERNAMBUCO, 2014). Em Alagoas, em um inquérito entre escolares apresentou resultados de 24,9% (172 escolares) (PALMEIRA et al., 2010). Em Sergipe, a prevalência atualmente está em torno de 6,7% (BRASIL, 2011). No Rio Grande do norte, a prevalência alcança 3,8% (SINAN-RN, 2013; BRASIL, 2014). Apesar dos esforços empreendidos pelas autoridades sanitárias do País, a região Nordeste continua com as prevalências mais elevadas, maiores índices de mortalidade e morbidade, acarretando e agravando problemas sociais e econômicos para famílias e sobrecarregando o sistema único de saúde. **METODOLOGIA:** O presente trabalho foi o resultado de consultas efetuadas sobre a Esquistossomose, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação SINAN-RN, artigos disponíveis no portal da biblioteca virtual em saúde BVS/Bireme; Universidade de Stanford, Londres, periódicos da CAPES, DATASUS e no Google Acadêmico. Os seguintes descritores foram utilizados: Schistosoma; Esquistossomose; Biomphalaria; Tratamento. Os periódicos que continham os temas de interesse e se possível, de publicação recente, foram selecionados. Os parâmetros consultados e pesquisados foram: prevalência internação, mortalidade, localização e as formas clínicas da esquistossomose. **RESULTADOS:** A prevalência no RN, em 2004 foi de 2,8%; em PE, 9,1%; AL, 10,2%; e SE, 10,8%. No ano de 2010, o RN apresentou uma maior prevalência, 3,8%; PE, 6%; AL, 7,2%; SE, 6,7%. Ao analisar os números de internações, no período 2007-2014, verificamos que o RN, em 2007, registrou 35; PE, 57; AL, 22; SE, 160. Em 2014, o número de internações, no RN, foi de apenas 5; PE, 2; AL, 5 e SE, 19. O número total de internações no RN, neste período foi de 107, PE, 142; AL., 90 e SE, 434. Quanto ao número de mortalidade, no período referente a 2007 e 2013, Quanto à mortalidade no período de 2007-2013, o RN, registrou 24 óbitos; PE, 1233; AL 362, e SE, 132. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a maior prevalência da esquistossomose foi em Alagoas. A esquistossomose

apresenta alta taxa de mortalidade em PE e que o RN apresenta os menores índices. Verifica-se que o Programa de Combate a Esquistossomose, do Ministério da Saúde, através da vigilância sanitária, tem atuado com eficiência, pois observamos queda na de prevalência, internações e mortalidade.

Palavras-chave: Prevalência internação. Mortalidade. Localização e as formas clínicas da esquistossomose.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA et al., Epidemiologia da Esquistossomose no Litoral de Pernambuco. **Rev. Patol. Trop.**, v. 43, n. 4, p. 436-445, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- COURA, J. R.; AMARAL, R. S. Epidemiological and Control Aspects of Schistosomiasis in Brazilian Endemic Areas. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 99, p. 13-19, 2004. Suplemento I.
- GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO. SANAR. **Programa de enfrentamento as doenças negligenciadas**. 2.ed. Recife, PE: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, 2014.
- LOPES, Antônio Carlos. **Diagnóstico e tratamento**. v. 2, 1 ed. São Paulo: Ed. Manole. 2006, 1448p.
- NEVES et al. **Parasitologia Humana**. 12 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.
- PALMEIRA D.C.C.; CARVALHO A.G.; RODRIGUES, K. COUTO J. L. A. Prevalência da infecção pelo *Schistosoma mansoni* em dois municípios do Estado de Alagoas. **Rev. da Sociedade Bras. de Medicina Tropical**, v. 43, p. 313-317, 2010.
- PEARCE, E. J.; MACDONALD, A. S. The immunobiology of schistosomiasis. **Nature Reviews Immunology**, v. 2, p. 499-511, 2002.
- REY, L. **Parasitologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- SILVA, P. C. V.; DOMINGUES, A. L. C. Aspectos epidemiológicos da esquistossomose hepatoesplênica no Estado de Pernambuco, **Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 20(3):327-336, jul./set. 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Weekly epidemiological record. **Releve epidemiologique hebdomadaire**, v. 8, n. 22, fev. 2013.

PRINCIPAIS FATORES QUE INFLUENCIAM NO ESTRESSE OCUPACIONAL NA ENFERMAGEM

Damiana Paula da Silva
Nadson Ricly O. dos Santos
Luzia Kelly A. da S. do Nascimento

INTRODUÇÃO: Em 2006, percebeu-se um crescente número de estudos com foco na saúde do trabalhador. Suponha-se que esse interesse advenha por meio da Resolução 293/04 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), como também, acredita-se estar interligado com a aprovação da Lei 8.080/90, que em suas determinações estão à preconização da promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Partindo do pressuposto em que as interações do homem com o meio laboral e com ele mesmo estão incessantemente relacionadas às alterações do contexto político, econômico e social, tais alterações vêm tomando proporções, cada vez mais, complexas, profundas e elaboradas. Com isso, estudos apontam que o ambiente laboral, principalmente, o qual abrange a área da saúde, seja gerador de estresse ocupacional para os profissionais, ou seja, influenciando no desempenho da sua assistência e na saúde do próprio trabalhador. Por sua vez, o estresse ocupacional é entendido por diversos estudiosos em três fases: reação de alarme, resistência e exaustão. A fase da reação de alarme é caracterizada pela descarga de adrenalina e corticoides na corrente sanguínea, a qual leva aos tecidos, promovendo, assim, algumas reações, tais como: aumento do tônus muscular, frequência respiratória elevada, taquicardia, conseqüentemente, se eleva a irrigação sanguínea e a pressão arterial. A segunda fase, resistência, é caracterizada pela diminuição dos níveis de alerta, possibilitando a compreensão do agente estressor pelo organismo. Por conseguinte, há a estabilização dos parâmetros normais, em busca da homeostase da frequência cardíaca, pressão arterial e respiratória. A terceira fase, compreendida como exaustão, é caracterizada com a depleção da energia que é necessária para manter a resistência/adaptação. Essa depleção nos níveis energéticos podem até levar o indivíduo à morte. Dentre as profissões mais acometidas pelos estressores ocupacionais do trabalho, a enfermagem ocupa o quarto lugar. Deve-se a essa colocação no ranque pelo fato onde o contato no qual os profissionais de enfermagem estão diante à sua assistência laboral diária, bem como, diariamente os mesmo lidam constantemente com a dor, doença e o processo de morrer. Assim, evidenciando a preocupação relacionada aos índices elevados do estresse nessa profissão. Nesse ponto de vista em que a busca excessiva pela realização de diferentes atividades provoca um aumento de todos os tipos de cargas relacionadas ao âmbito do trabalho, possibilita o surgimento do estresse ocupacional é que o presente estudo alavancou a problemática de pesquisa: quais os principais fatores que influenciam no estresse ocupacional na enfermagem? Assim, o presente estudo tem como objetivo identificar os principais fatores que influenciam no estresse ocupacional na área da enfermagem. **METODOLOGIA:** Esta pesquisa tem como abordagem a metodologia de revisão da literatura integrativa, a qual se define como uma junção de dados obtidos através de estudos desenvolvidos com diferentes enfoques metodológicos, possibilitando, a realização de discussões e análise dos

resultados na forma sistemática e rigorosa. As discussões foram construídas a partir da análise dos artigos antes selecionados, estes foram obtidos através das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Com período da realização da pesquisa de Setembro de 2015 a Abril de 2016. No recorte temporal de 2011 a 2015 e utilizando os descritores “Estresse”; “Enfermagem”; “Saúde do Trabalhador”; “Estresse ocupacional”. Para critérios de inclusão dos textos, estes deveriam ser em formato de artigo completo e em idioma português abordando a temática proposta. Desse processo, selecionaram-se 9 artigos que compuseram esta pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: Através da leitura dos artigos selecionados, percebeu-se que os enfermeiros atuantes da alta e média complexidade de atendimento estão sujeitos a diversos contextos geradores estressantes. Como exemplos dos geradores de estresse ocupacional, têm-se longas jornadas de trabalho exaustivas e o tempo reduzido para prestação da assistência. Com essa compressão a respeito do processo de trabalho exercido pela enfermagem, percebemos que em sua prática laboral o enfermeiro está à frente da liderança de uma equipe, mediando conflitos; envolvido, também, nos processos de gerenciamentos e sendo alvo de cobranças constante da qualidade de suas habilidades assistenciais; lidando constantemente com pacientes, familiares, acompanhantes; nos setores de emergência, estes se apresentando com uma grande pressão do processo de morte e morrer. Esse risco potencial de morte caracteriza-se por ocorrências de várias naturezas prováveis, sendo: acidentes automobilísticos e domésticos, ocorrências por arma de fogo e armas brancas. Por fim, mas não menos importante, no atendimento infantil. Com essa compreensão percebemos que o trabalho do enfermeiro está ligado diretamente com pessoas saudáveis e também sofrendo com processos patológicos, o que propicia ao aumento dos níveis de estresse. Dos diversos sintomas possíveis aos estresses ocupacionais, percebe-se que: cefaleia, fadiga, dores nas pernas, taquicárdica e desconfortos gástricos são os mais corriqueiros. E como geradores de estresse, obtidos através da análise dos artigos selecionados, classificou-se: longa carga horária de trabalho; recurso de insumos e instalações físicas do ambiente inadequadas; déficit de pessoa para compor uma equipe adequada para assistência; plantões noturnos – vale salientar que com a jornada noturna contínua, proporciona em uma qualidade de sono inadequada, com isso possibilitando problemas de vigilância e alterações do humor; Interface trabalho-lar; relacionamentos interpessoais; trabalhar em clima de competitividade - estudos evidenciaram que a necessidade de realizar procedimentos em tempo mínimo, somada à instabilidade da situação de pacientes graves, é considerada determinante para o estresse gerado nas situações de prática laboral. E por fim, distanciamento entre teoria e prática. Não longe da realidade de outros estudos, observamos que periódicos apresentou outros fatores possíveis e potenciais para o desenvolvimento do estresse ocupacional. Sendo estes agrupadas em: riscos ambientais; físicos, químicos, biológicos, orgânicos, mecânicos (contusões), fisiológicos, psíquicos (adoecimento/sofrimento mental), frequentes acidentes com material perfurocortantes ou com fluídos e secreções corporais; problemas de saúde como, hipertensão arterial, alergias, epigastralgias, problemas musculoesqueléticos. Vale ressaltar com a leitura dos materiais observou-se, em sua maioria, os enfermeiros não percebiam os riscos ocupacionais a que estão expostos. Ainda a respeito do desgaste pela carga laboral, o estudo de Schomoeller (2011), evidencia reforçando o

ressaltado em outras literaturas: a existência da queda da atenção e qualidade da assistência, assim favorecendo aos acidentes e problemáticas a saúde do trabalhador. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que, dentre todos os fatores avaliados e apontados pelos artigos selecionados, os desencadeadores de estresse ocupacional que se sobrepõe e tem maior relevância para o adoecimento da equipe de Enfermagem são: longa jornada de trabalho, o desfalque de recursos humanos para compor a equipe; plantões noturnos e relacionamentos interpessoais, acometendo mais os enfermeiros, pelo fato de estarem lidando com situações complexas frente à equipe de Enfermagem, mediando conflitos e por ter uma demanda intensa de atividades laborais sob sua responsabilidade para planejar, executar e avaliar. Percebe-se, por meio da literatura analisada que os fatores geradores de estresse ocupacionais em que os profissionais da Enfermagem defrontam-se ainda são bem presentes no cotidiano da equipe, o que leva ao absenteísmo, desgaste emocional, desinteresse pela profissão e até mesmo troca de área de atuação, evidenciando a necessidade de se discutir mais sobre dimensionamento de pessoal e estilo de liderança para melhorar o diálogo na equipe, como também, aprimorar o nível de satisfação dos profissionais desse campo, lhe devolvendo sua autonomia frente às demais equipe multidisciplinar. Portanto, em considerações a todos esses aspectos, ficou notório a importância de haver estudos com enfoque investigativo, com intuito de identificar precocemente os riscos potenciais para o desenvolvimento do estresse ocupacional e medidas preventivas para o controle da doença e de modo a garantir a saúde física e mental, bem como a segurança e a qualidade de vida dos profissionais enfermeiros antes que o quadro se instale e o retire do seu campo de atuação, evitando assim eventuais transtornos frente ao trabalho desenvolvido em sua instituição atuante.

Palavras-chave: Estresse. Enfermagem. Saúde do Trabalhador. Estresse ocupacional.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M.C.M.; JUNIOR, A.C.S. Estresse ocupacional no serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. Min. Enferm**, v.18, n.2, p.376-383, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/934>>. Acesso em: 20 out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 1.823, de 23 de Agosto de 2012: Instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora Disponível em: <http://www.antaq.gov.br/portal/pdf/Palestras/Forum_Saude_Seguranca_Trabalhad_r_Portuario_2014/Raquel_Dantas_MS_Politica_Nac_Saude_Traba_Trab_PNSTT.pdf>. Acesso em: 19 Abr 2016.
- FARIAS, S.M.C. et al. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 722-9, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S008062342011000300025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 jul. 2015.

HIGASHI, P. et al. Situações potencialmente geradoras de estresse para enfermeiros segundo condições de acreditação do hospital. **Rev. RENE**, v. 14, n. 6, p. 1141-1148. 2013. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1343/pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2016.

RIBEIRO, R.P. et al. Adoecer pelo trabalho de enfermagem: uma revisão integrativa. *Rev. Esc. Enferm. USP*. v.46, n.2, p.495-504. 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a31v46n2.pdf>>. Acesso em: 07 Abr 2016.

SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Rev. Gaúcha de Enferm.* v.32, n.2, p.368-377. 2011. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200022>. Acesso em: 07 Abr. 2016.

O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DENGUE NA CIDADE DE NATAL - RN NO PERÍODO DE 2009 A 2014

Andre Anselmo de Souza
Sandra Jaqueline da Silva Barbosa
Sabrina França Guedes de Oliveira
Ruthnéya da Silva Borja Peixoto
Yasmin Meruza Souza de Araújo
Isabel Cristina Araújo Brandão

INTRODUÇÃO: O mosquito transmissor da dengue é originário do Egito, na África, e admite-se que o vetor foi introduzido no período colonial, por meio de navios que traficavam escravos. Ele foi descrito pela primeira vez em 1762, denominado como *Culex aegypti*. O nome definitivo *Aedes aegypti* foi estabelecido em 1818, após a descrição do gênero *Aedes*. Os relatos da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS mostram que a primeira epidemia de dengue ocorreu no Peru, no início do século XIX, com surtos no Caribe, Estados Unidos, Colômbia e Venezuela. No Brasil, os primeiros relatos de dengue datam do final do século XIX, em Curitiba-PR, e do início do século XX, em Niterói-RJ (CRUZ, 2011). A dengue é uma doença febril, aguda, causada por um vírus que pode desencadear sinais e sintomas de curso grave, dependendo da forma como se apresenta: dengue clássica, febre hemorrágica da dengue ou síndrome de choque da dengue. Atualmente, é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. O seu principal vetor desenvolve-se em áreas tropicais e subtropicais, que envolve o tratamento do esgoto precário e a ausência do destino adequado do lixo, no qual leva a fácil disseminação e difícil controle da doença. A transmissão da doença ocorre pela picada do *Aedes aegypti* infectado no ser humano (BRASIL, 2005). No período de 2009 a 2014, ocorreram 36.792 internações por dengue no Brasil, os quais alteraram os indicadores de morbidade no país. A incidência do agravo, nos últimos anos, ultrapassou as outras doenças de notificação compulsória. No Nordeste foram registradas 133.917 internações por dengue, já no Rio Grande do Norte ocorreram 7.821, e em Natal-RN 433 casos de hospitalização (DATASUS, 2015). Esses casos contribuíram para caracterizar o perfil epidemiológico da dengue na cidade de Natal. Assim, o objetivo desta pesquisa foi realizar um levantamento de dados quanto às internações por dengue, a fim de traçar o perfil epidemiológico no município de Natal-RN, bem como identificar qual a faixa etária com menor índice de internações. **METODOLOGIA:** Estudo realizado na cidade de Natal, capital do Rio Grande do Norte, a qual foi fundada no ano de 1599, próximo ao Rio Potengi. Possui uma área de 170, 298 Km², e atualmente de acordo com dados do IBGE de 2014 possui 862.044 habitantes, está dividido em 36 bairros. Conhecida como Cidade do Sol, devido fazer sol quase todo o ano, e considerada com o ar mais puro da América do Sul. Tem um clima tropical, e um belo litoral de 400 km. Sendo assim umas das cidades do Nordeste, onde os brasileiros são os mais procurados por turistas nacionais e internacionais (SEMURB, 2014). Este é um estudo epidemiológico de abordagem descritivo quantitativo das internações por dengue na cidade de Natal, no estado do Rio Grande do Norte. O estudo foi realizado por meio da coleta de dados no portal do DATASUS, em que foram pesquisadas as quantidades de internações no período de 2009 a 2014, bem como as internações por sexo e idade, nesse mesmo período. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Esta pesquisa apresenta os dados pesquisados

no DATASUS, em que as informações são baseadas em notificações mostrando apenas os casos por internações. As notificações são as comunicações que são realizadas por profissionais de saúde às autoridades a respeito de um agravo ou doença que ocorreu ou está ocorrendo. São informações relevantes, uma vez que constituem fontes de dados cadastradas no Departamento de Informática do SUS, e que são essenciais para orientação da vigilância epidemiológica no planejamento das ações de controle e prevenção da doença, inclusive da assistência. O período de 2009 a 2014 apresentou como resultados, os percentuais que estão agrupados por: internações por dengue, internações por faixa etária e internações por sexo. As informações referentes às internações mostram que houve um menor percentual de 7,86% em 2013. As quais destacam que as internações por faixa etária, entre pessoas de 10 a 14 anos, foram as menos observadas, com percentual de 3,2%. Em relação ao sexo, os homens foram menos acometidos, representando 39,96% dos casos. No ano de 2009, o índice da dengue encontrava-se em 0,92%, já em 2010, teve um aumento significativo para 28,86%, e em 2011 aumentou ainda mais para 31,87%. No ano de 2012, apresentou significativa queda para 22,17%. Já em 2013, houve uma redução de 7,86%, e em 2014 um pequeno aumento para 8,31%. Observou-se que as internações em menores de 1 ano corresponderam a 4,78%; de 1 à 4 anos 5,76%, e de 5 a 9 anos 3,85%. Crianças entre 10 e 14 anos apresentaram a menor taxa da doença, representando 3,2%. Na faixa etária de 15 a 19 anos, os dados representaram 7,67%. Aqueles que se enquadram na faixa etária de 20 a 29 anos apresentaram maior percentual da doença 19,63%, já dos 30 aos 39 anos houve queda para 14,19%, dos 40 aos 49 anos os números foram de 10,64%, e por fim, os adultos de 50 a 59 anos representaram 9,69%, e os de 60 a 69 anos 8,7%. As pessoas que se enquadram na faixa etária acima dos anos 70 anos somam um percentual de aproximadamente 12,83. No que se refere ao sexo, constatou-se que as mulheres foram as mais afetadas com a doença ocasionada pelo mosquito da dengue, representando 60% dos casos. Enquanto os homens foram atingidos com percentual de 39,96%. Os dados revelam ainda que a doença foi mais prevalente no ano de 2011 e manteve-se estável entre 2013 e 2014. O menor índice de internação foi entre crianças e adolescente de 0 a 14 anos e entre adultos com 80 anos ou mais de idade. Destaca-se que o tratamento dos casos é baseado nas manifestações clínicas e nos resultados dos hemogramas e a prevenção através de ações educativas da comunidade. **CONCLUSÃO:** Em virtude dos fatos mencionados, entende-se que houve uma redução no percentual de internações se comparado há anos anteriores. Este estudo dá uma perspectiva do perfil epidemiológico da dengue na cidade de Natal-RN. Segundo os resultados apresentados, a doença está sendo controlada, houve a diminuição de internações por dengue no município, foi reduzindo gradativamente de 2012 a 2013, tendo um pequeno aumento em 2014. Foram analisadas as faixas etárias por idade e sexo, onde obteve a conclusão que o menor índice de internação foi com homens, crianças e adolescente entre 0 a 14 anos, e com adultos de 80 a mais anos de idade. Entende-se que há a necessidade de campanhas e mutirões nas comunidades para o combate ao mosquito *Aedes Aegypti* promovendo a saúde das pessoas.

Palavras-chave: Dengue. Prevalência. Perfil Epidemiológico.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Isabel Ribeiro et al. Epidemiologia do dengue no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, 2000 a 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 1, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS - Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em 20 maio 2015.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

ESCOSTEGUY et al. Diferenças, segundo faixa etária, do perfil clínico epidemiológico dos casos de dengue grave atendidos no Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro RJ, Brasil, durante a epidemia de 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n.1, p.67-76, jan./mar. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 20 maio 2015.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ (IOC). Disponível em <<http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/textos/longatraje.html>>. Acesso em: 20 maio 2015.

OLIVEIRA, et al. Aspectos Epidemiológicos do Dengue no Município de Mossoró, Rio Grande do Norte (2006-2010). **Revista de Patologia Tropical**, v. 41, n.2, p. 136-14, 2012.

SANTOS, et al. Perfil Epidemiológico do Dengue em Anápolis-GO, 2001-2007. **Revista de Patologia Tropical**, v. 38, n. 4, p. 249-259, 2009.

RASTREAMENTO NEONATAL E SUA IMPORTÂNCIA NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA

Ramyres Stephane Costa Silva
Nadson Ricly Oliveira dos Santos
Damiana Paula da Silva
Andressa Mônica Gomes Fernandes

INTRODUÇÃO: No final da década de 1950, o biólogo Robert Guthri (1916-1995) passou a focar seus estudos para prevenção da doença mental e, com este objetivo, foi adaptado o método de inibição bacteriana na qual vinha trabalhando para identificar erros inatos do metabolismo. Desde então, passou a ser possível a detecção de patologias que tardiamente culminavam com o retardo mental dos pacientes. Com o passar dos anos, essa metodologia foi substituída por outras mais precisas e simples. Dessa maneira, outras doenças puderam ser incluídas nos programas de triagem neonatal. Desde os anos 1960, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a importância dessa realização dos programas de triagem, em especial nos países em desenvolvimento, além de criar critérios para a efetuação dos mesmos. Em 13 de julho de 1990, houve a tentativa inicial, porém, em 1992, a legislação federal foi complementada, definindo Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito como as patologias a serem triadas (Portaria GM/MS nº 22, de 15 de janeiro de 1992). O Ministério da Saúde fez lançamento em, 6 de junho de 2001 (Portaria GM/MS nº 822), do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). O mesmo tem como objetivo de: ampliar a Triagem Neonatal existente (Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito), incluindo a detecção precoce de outras doenças congênitas como Hemoglobinopatias e a Fibrose Cística, envolvendo a detecção precoce e ampliação da cobertura populacional. O termo triagem se origina do vocábulo francês *triage*, significa seleção, separação de um grupo. Na saúde, define-se como a ação primária dos programas de triagem, ou seja, a detecção através de testes aplicados numa população susceptível de apresentar determinada doença. Ao aplicarmos o termo triagem neonatal (TN), estamos efetivando esse método de rastreamento, especificamente, numa população com idade de 0 a 30 dias de vida. Além de doenças metabólicas, são inclusas outros tipos de enfermidades: metabólicas, hematológica, infecciosas, genéticas, entre outras. No PNTN, as doenças triadas seguem critérios, como por exemplo, permitir detecção precoce e serem amenizáveis durante tratamento, entre outros. Os atrasos que ocorrem no processo de triagem diminuem consideravelmente os benefícios de uma detecção precoce. O exame no qual é realizada a punção do calcanhar do recém-nascido (RN) é popularmente denominado "teste do pezinho", e tem o intuito de coletar uma quantidade de sangue para testes laboratoriais para detectar doenças de natureza genética, metabólica e infecciosas que futuramente podem causar alterações ao bebê. Preferencialmente, deve-se realizar o teste ao completar-se 48 horas de vida do RN ou até sete dias de vida. Justifica-se então, a realização desta pesquisa a necessidade da disseminação sobre a importância da triagem neonatal e seus benefícios. Portanto, interroga-se: qual a importância da realização da Triagem Neonatal na primeira semana de vida do recém-nascido? Em vista disso, delineou-se o objetivo em descrever a importância da realização da Triagem Neonatal na primeira semana de vida do recém-nascido. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Foram encontrados 18 artigos científicos, dos quais

foram selecionados 12 artigos para compor no presente estudo, como critérios de inclusão, foram utilizados os artigos completos disponibilizados para leitura na íntegra, disponíveis gratuitamente, artigos em língua portuguesa e publicados entre os anos de 2011 a 2015. A busca ocorreu através das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados em Enfermagem (BDENF), e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) no período de março a abril de 2016. Como descritores cruzou-se: “Enfermagem” “Rastreamento Neonatal” e “Triagem do Recém-Nascido”. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Diante a análise dos dados colhidos, as metas do PNTN são atingir 100% dos nascidos vivos, busca ativa de pacientes suspeitos ou portadores das patologias, confirmação diagnóstica acompanhamento, tratamento adequado e, ainda, a criação de um sistema de informações que cadastrem os pacientes num Banco de Dados Nacional (BRASIL, 2005). É um exame gratuito, pode ser realizado em qualquer unidade de saúde e pode trazer muitos benefícios para a criança. Nessa perspectiva, são de extrema importância as orientações à gestante durante o pré-natal a respeito do teste do pezinho, no qual, garante uma assistência imediata para com a criança. Elencaram-se as principais doenças rastreadas pela Triagem Neonatal. Fenilcetonúria: é um erro inato do metabolismo, no qual o defeito metabólico é geralmente na Fenilalanina Hidroxilase, que leva ao acúmulo de fenilalanina (FAL) no sangue e ocorre um aumento da excreção urinária de ácido Fenilpirúvico e Fenilalanina. Sem o diagnóstico e tratamento antes dos três meses de vida, a criança apresenta sintomas como: deficiência mental, hiperatividade ou padrão autista, convulsões e odor característico na urina; Hipotireoidismo Congênito: é causada por uma incapacidade da glândula tireoide do RN produzir uma quantidade adequada de hormônios tireoideos, no que resulta na diminuição sistêmica dos processos metabólicos. Os portadores apresentam: cianose, dificuldade respiratória, icterícia prolongada, constipação, alargamento de fontanelas, entre outros; Anemia falciforme e outras Hemoglobinopatias: trata-se de uma afecção genética que ocorre em decorrência de um defeito na estrutura da cadeia Beta da Hemoglobina que leva a hemácia a assumir forma de foice, quando em determinadas temperatura e pressão. A hemoglobina normal é chamada de hemoglobina A (HbA), enquanto a hemoglobina anormal que aparece com mais frequência é denominada hemoglobina S (HbAS). O indivíduo portador é popularmente conhecido como “traço falcêmico” (HbAS). O termo doença falciforme é usado para determinar as hemoglobinopatias em que a hemoglobina S está associada à outra variante patológica. São alterações clínicas em portadores da anemia falciforme: a anemia hemolítica, dor nos membros, costas, abdômen e tórax, insuficiência renal, acidente vascular cerebral, como também, alteração do desenvolvimento neurológico. Crianças não submetidas à triagem nem tratamento precoce de Anemia Falciforme, podem apresentar sintomas como febre, infecções, esplenomegalia e outros; Fibrose Cística: é uma doença hereditária severa, autossômica recessiva que, afeta pulmões e pâncreas, sendo um processo de natureza obstrutiva causada pelo aumento da viscosidade do muco. Nos pulmões ocorre o bloqueio das vias aéreas o que faz proliferar bactérias, causando infecção crônica e até óbito por déficit respiratório. No Pâncreas, os ductos obstruídos causam diminuição das enzimas digestivas levando a má nutrição. Quando manifestada, provoca esteatorreia, dificuldade de ganho de peso, dor abdominal, icterícia prolongada, entre outros. **CONCLUSÃO:** Diante a gravidade dessas patologias, é indispensável à realização da triagem neonatal. A qual possibilita a detecção precoce e o início imediato do tratamento adequado. As

complicações correspondentes a cada doença deixam claras e severas a importância da realização da triagem neonatal. Contudo é fundamental que a equipe de saúde realize a busca ativa do recém-nascido portador da doença e orientar os familiares a respeito da alteração que o RN possui.

Palavras-chave: Enfermagem. Rastreamento Neonatal. Triagem do Recém-Nascido.

REFERÊNCIAS

BOTLER, J.; CAMACHO, L.A.B.; CRUZ, M.M. Análise de desempenho do Programa de Triagem Neonatal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, de 2005 a 2007. **Rev. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2419-2428, 2011.

VESPOLI, S et al. Análise das prevalências de doenças detectadas pelo programa nacional de triagem neonatal no município de Araraquara no ano de 2009. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl**, Araraquara, v. 32, n. 2, p 269-273, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. 2. ed. Brasília (DF); 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº822, de 06 de junho de 2001. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Nacional de Triagem Neonatal/PNTN. **Diário Oficial da União**, 7 jun. 2001.

SEGURANÇA DO PACIENTE: QUAIS AS CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA UM CUIDADO SEGURO?

Stella Alyny de Aquino Costa
Luzia Kelly Nascimento
Andressa Mônica Gomes Fernandes

INTRODUÇÃO: Nas últimas décadas, os riscos de ocorrência de eventos que provocam danos à saúde do paciente têm aumentado em todos os ambientes de assistência a saúde. Dessa forma, essa temática passou a incidir como um problema de saúde mundial, sendo internacionalmente reconhecida como uma estratégia de fundamental importância para a qualidade da assistência em saúde. Apesar de o cuidado trazer grandes benefícios ao paciente, família, comunidade e equipe de saúde, é passível de erros e pode acarretar em graves consequências a saúde. A segurança do paciente é compreendida como ato de evitar, prevenir ou melhorar o processo de atendimento, visando à redução do risco de danos desnecessários associados com cuidado em saúde a um mínimo aceitável. Reconhecendo a magnitude do problema da segurança do paciente o Brasil, em 2013 lança o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que visa contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Atualmente, a segurança do paciente passou a ser um dos principais objetivos das instituições de saúde, na busca de assegurar uma assistência de qualidade, livre de erros e eventos adversos, sendo de responsabilidade dos profissionais de saúde, em especial da toda equipe de enfermagem, proporcionar uma assistência de qualidade, eficiente, eficaz e segura ao paciente. Ademais, no que se refere à assistência em saúde, observa-se que os erros mais frequentes estão relacionados diretamente com a assistência de enfermagem na administração de medicamentos, transferência de paciente, falhas nos processos de identificação do paciente, no trabalho em equipe e comunicação, incidência de quedas, lesões de pele e infecção relacionada ao cuidado. Diante disso, é de suma importância refletir sobre as contribuições da enfermagem para a prestação do cuidado seguro ao paciente na implantação de estratégias para a melhoria da qualidade e da segurança da assistência de enfermagem. Portanto, este estudo objetivou identificar e analisar a contribuição da enfermagem acerca da segurança do paciente na construção do cuidado seguro. **METODOLOGIA:** trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada no período de março a abril de 2016, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Regional de Medicina e Scientific electronic library online (SciELO), utilizando os descritores: “Segurança do Paciente”, “Cuidado Seguro” e “Enfermagem”, de maneira associada. Foram selecionados artigos originais, no idioma português, publicados nos últimos cinco, que versassem sobre o assunto em estudo. No processo de busca, foram encontrados 20 artigos dos quais, após leitura, selecionou-se sete. **RESULTADO E DISCUSSÕES:** Os enfermeiros são os principais responsáveis pela inclusão de práticas seguras, nos serviços de saúde e de indicadores da qualidade do cuidado prestado. De modo geral, os estudos analisados revelaram que para garantir a segurança do paciente faz-se necessária a realização dos cuidados certos, no momento certo, da maneira certa, para a pessoa certa, objetivando alcançar os melhores resultados possíveis, no desempenho de uma assistência ética e respeitosa, de forma humanescente, baseando-se nas

necessidades do paciente e da família, na excelência clínica e da comunicação. Ressaltam que, para a promoção de um ambiente seguro, a prática da enfermagem deve estar centrada no cuidado, com respaldo do conhecimento, no diálogo e no estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias. Além disso, observa-se que os profissionais estão incorporando na sua prática assistencial evidências científicas, como forma de garantir as boas práticas do cuidado seguro, na elaboração e inserção de medidas específicas com: a identificação correta dos pacientes, melhoria da comunicação entre os profissionais, aperfeiçoamento da segurança no uso e administração de medicações, garantia de cirurgias seguras, redução dos riscos de infecção, lavagem das mãos, redução dos riscos de lesão ao paciente vítima de queda. Ademais, nota-se que para se desenvolver estratégias capazes de eliminar ou reduzir as barreiras de implementação da segurança do paciente, deve-se proporcionar condições de trabalho para a equipe de enfermagem, de modo, que é indispensável para o cuidado seguro os recursos materiais e insumos, principalmente o número adequado de profissionais, sendo responsabilidade institucional prover condições favoráveis de recursos humanos e materiais nas unidades, pois possibilita menor risco aos pacientes como também menor incidência de agravos à saúde dos trabalhadores. **CONCLUSÃO:** A presente pesquisa permitiu identificar e analisar estratégias para promover a segurança do paciente no contexto assistencial, no âmbito da enfermagem. Comprovadamente as incorporações de boas práticas favorecem a redução dos riscos e danos, conseqüentemente melhora a efetividade da assistência de enfermagem e gerenciamento, assegurando um cuidado seguro. Por outro lado, é notório o fato de que o sistema de saúde não tem sido desenhado de forma para promovê-las, desse modo, poucos são os profissionais de enfermagem que trabalham em condições adequadas, o que impedem de desenvolver os cuidados de enfermagem presando o segurança do paciente. Portanto, para garantir à promoção da estratégia de segurança do paciente nos estabelecimentos de assistência a saúde, faz necessários investimentos voltados para o gerenciamento de pessoas, presando jornadas de trabalho mais dignas, remuneração adequada, bom relacionamento interpessoal, por meio de incentivo à comunicação efetiva e ao trabalho em equipe, além de programas de educação continuada, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores, embasado na formação social e intelectual para o aperfeiçoamento das habilidades.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Cuidado em Saúde. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

CAVALCANTE, A. K. de C. B.; et. al. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista Cubana de Enfermagem** [online], v. 31, n. 4, 10p. 2015. Disponível em: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907/141>> Acesso em: mar. 2016.

NUNES, F. D. O. et. al. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental** [online], Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 841-47, abr./jun. 2014.

OLIVEIRA, R. M. et. al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18 n.1, p. 122-9, jan./mar. 2014.

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. D. A cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.2, p. 302-10, abr./jun. 2013.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAQUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.7, p. 2029- 36, jul. 2013.

RISCOS DE ESTRESSE OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Nadson Ricly Oliveira dos Santos
Damiana Paula da Silva
Luzia Kelly A. da S. do Nascimento

INTRODUÇÃO: O conceito de estresse tem sido arduamente empregado atualmente, e passou a ser utilizado como responsável por quase todos os males do novo século. Em vista disso, vários são os estudiosos que trazem este fato para o ambiente laboral na tentativa de entender o estresse ocupacional ao que aflige os profissionais das diversas áreas de trabalho. No que condiz com o estresse ocupacional, temos como o primeiro estudioso a abordar esse tema o médico Hans Selye (1946-1955). Em seus experimentos ele observou que ratos apresentavam respostas diferentes a diversos agentes nocivos, com isso ele descreveu a Síndrome Geral da Adaptação, sendo este termo fundamental para a existência de diversas patologias de adaptação, o estresse ocupacional sendo uma delas. Essa Síndrome Geral da Adaptação foi descrita por ele em três fases: A primeira, denominada de Alarme é distinguida pela descarga de adrenalina e corticoides para o corpo; Resistência sendo a segunda fase e ela é caracterizada pela adaptação dos níveis pressóricos que foram elevados na fase de alerta; A terceira, e considerada a mais importante, Exaustão caracterizada com a depleção da energia que é necessária para manter a resistência/adaptação. Em sequência a essas fases, Selye expõe que o estresse é a resposta gerada por um desafio que o organismo se depara, e o termo estressor para o agente causador (estímulo) ao estresse no indivíduo. Por sua vez, os estímulos estressores podem ser agrupados em quatro categorias: físicos e químicos (calor, frio, radiação intensa, barulho, vibração e substâncias tóxicas); psicológicas (agitações nos processos emocionais e comportamentais, como ansiedade, medo e frustrações); sociais (ambientes hostis, rompimento de relações) e por fim, mas não menos importante, os estressores que alteram a homeostase vegetativa (exercícios intensos, inclinação corporal, hipoglicemia e hemorragias). Quanto à duração, os estressores podem ser agudo, exposição em tempo limitado, ou crônico, exposição contínua. Este segundo sendo característico da realidade dos enfermeiros do Atendimento Pré-Hospitalar (APH). A área de Urgência e Emergência constitui-se em um admirável membro da assistência à saúde. A Política Nacional de Atenção às Urgências, em seu Capítulo IV expõe como atendimento pré-hospitalar, a assistência que procura chegar o mais rápido possível à vítima que, de algum modo, sofre de agravo à sua saúde. Este podendo ser de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas, onde os mesmos podem levar desde o sofrimento às sequelas ou até mesmo à morte do indivíduo. A crescente demanda por serviços, nessa área, nos últimos anos, advindos ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga, tanto nos serviços de Urgência e Emergência, quanto nos profissionais que compõem a equipe de APH. Desse modo, configura-se a hipótese que neste serviço há uma grande susceptibilidade para desenvolver nos profissionais, em foco o enfermeiro, o estresse ocupacional. Partindo da hipótese de que os enfermeiros que integram a APH estão mais susceptíveis a desenvolver o estresse ocupacional é que nos incentivou a realização deste trabalho. Por

consequente, o estresse sendo uma questão de fundamental importância na sociedade atual é que surgiu a problemática de pesquisa: quais os riscos para o desenvolvimento do estresse ocupacional os enfermeiros do Atendimento Pré-Hospitalar estão sujeitos? Na perspectiva da questão de pesquisa, o objetivo foi de identificar os riscos para o desenvolvimento do estresse ocupacional pelos enfermeiros do Atendimento Pré-Hospitalar. **METODOLOGIA:** O presente estudo trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, a qual auxilia o pesquisador na construção da problemática de pesquisa e o objetivo. Além disso, a revisão bibliográfica também contribui nas construções teóricas, comparações e na validação dos resultados de materiais científicos já selecionados. Portanto, a investigação foi realizada na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no período de Março a Abril de 2016. Como descritores cruzou-se: “Atendimento Pré-Hospitalar”, “Esgotamento Profissional” e “Enfermagem”. Para critérios de inclusão usou-se: materiais em formato de artigos completos, no idioma Português, publicados no recorte temporal de 2011 a 2015. Foram excluídos textos em formato editorial, dissertações ou teses e que não se adequassem ao tema. Apareceram 37 artigos e ao fim da seleção obtivemos 7 periódicos para comporem a amostra desta pesquisa. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O cenário do sistema de urgência e emergência é caracterizado pela grande demanda de pacientes com risco iminente de morte, ocorrências de natureza imprevisível, longas jornadas de trabalho, hierarquização na equipe e tempo reduzido para prestação da assistência. Nessa perspectiva, após análise, observou-se que estudos relatam um risco alto do profissional enfermeiro a desenvolver o estresse ocupacional quando ele está à frente do APH. Assim, entende-se por risco a possibilidade de ocorrer um determinado evento ou dano imediato ou remoto, que pode ser isolado ou incluir vários fatores simultâneos ao indivíduo. Mesquita et al (2014), em sua pesquisa ele mostra o APH como uma área com grande potencial para desenvolver estresse devido à sobrecarga de trabalho, a gravidade dos pacientes, a mudança no estado geral da vítima, a morte, o deslocamento da ambulância por ambientes hostis, o tráfego e a família da vítima. No entanto, Mesquita et al (2014), Andrade e Junior (2014) ainda revelam que as instituições de saúde não disponibilizam de um trabalho terapêutico para esses profissionais. Corroborando com o exposto, Martins et al (2014) discorre que: nas organizações de saúde pelo não conhecimento, ou não investigação, das situações que oferecem riscos para esses profissionais, a probabilidade de desenvolver doenças ocupacionais é bem maior. Mesquita et al (2014), ainda revela que o estresse ocupacional, geralmente, se caracteriza com sinais de alerta até chegar à fase crônica da doença. Por conseguinte, os sinais e sintomas que geralmente acometem o indivíduo advenham de: fadiga, distúrbios do sono; depressão; diminuição na eficiência e na produtividade. Gerando pressão, conflitos interpessoais, desmotivação, agressividade, atrasos constantes, ociosidade, absenteísmo, alta rotatividade de funcionários, altas taxas de doenças. Desse modo, evoluindo para distúrbios mais grave como síndrome do pânico, síndrome de Burnout, síndrome residual pós-traumática, quadros neuróticos pós-traumáticos, síndromes paranoides quando não tratados do quadro de estresse. Estudos apontam que, os riscos vivenciados no labor pelos enfermeiros são: preocupação frente a situações de riscos que o expõe a contato com secreções do paciente sem o conhecimento de medidas preventivas de autoproteção em situações em que a vítima é um potencial de transmissão de doenças infectocontagiosas e sem o conhecimento prévio do seu

diagnóstico; Dependência dos pacientes, que exige esforço físico dos trabalhadores; risco de perfurações com agulhas, sendo esse o responsável pela maioria dos incidentes nessa categoria profissional; riscos com matérias biológicas também são motivos relevantes frente ao estresse por parte desses profissionais; dimensionamento de pessoal é inadequado diante da demanda dos atendimentos; risco de agressão verbal e física por parte dos pacientes; Carga horária semanal elevada; plantões noturnos como estressores ocupacionais; interface trabalho/lar também se configura como outro fator para o desenvolvimento do estresse ocupacional. Além disso, Mendes, Ferreira e Martino (2011) mostrou que, o relacionamento interpessoal; Recursos materiais e instalações físicas inadequadas; Trabalhar em clima de competitividade e Distanciamento entre a teoria e a prática, levando assim ao estresse o profissional recém-formado. **CONCLUSÃO:** Em relação ao estresse ocupacional, a análise dos dados evidencia que nos estudos os enfermeiros não tem como evitar os riscos já que estão constantemente frente a situações laborais que os deixam estressados. Assim, os artigos demonstraram os riscos a que os profissionais de enfermagem estão expostos no trabalho: ao prestar os cuidados aos pacientes, ao manusear materiais perfurocortantes e contaminados, pela inadequação dos recursos humanos e equipamentos insuficientes e também devido à exposição às agressões físicas e verbais, que são riscos considerados visíveis. Diante do exposto, considera-se importante que desenvolvam mais estudos sobre estresse ocupacional, mas, que enfoque a parte de intervenções para que os profissionais adoçam menos e melhorem seu rendimento cotidiano em suas atividades laborais dentro do serviço APH.

Palavras-chave: Atendimento Pré-Hospitalar. Esgotamento Profissional. Enfermagem.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, F.N.; SILVA, T.M.; RAMOS, V.P. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. **Rev. Acta Paul Enferm.**, v.25, n.2, p.51-6, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/pt_24.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2016.

MESQUITA et al. A visão do enfermeiro/gestor sobre a necessidade de implementar apoio psicológico aos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.**, v.4, n.1, p.1019-1028. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/453>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

OLIVEIRA, A.C.; PAIVA, M.H.R.S. Condutas pós-acidente ocupacional por exposição a material biológico entre profissionais de serviços de urgência. **Rev. Enferm UERJ**, v.22, n.1, p.116-122, 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n1/v22n1a18.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2016.

ANDRADE, M.C.M.; JUNIOR, A.C.S. Estresse ocupacional no serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. Min. Enferm.**, v.18, n.2, p.376-383, 2014.



Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/934>>. Acesso em: 20 out. 2015.

MARTINSI, J.T. et al. Equipe de enfermagem de emergência: riscos ocupacionais e medidas de autoproteção. **Rev. Enferm UERJ**, v. 22, n.3, p.334-340, 2014.

Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13690> >. Acesso em: 19 abr. 2016.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PORTADORA DE INJÚRIA RENAL AGUDA POR NEOPLASIA DO COLO DO ÚTERO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ádima Kelle Veras de Lima
Cleane Galdino de Oliveira
Lucas Fernandes de Almeida Oliveira
Luzia Kelly Alves da Silva Nascimento
Michel Siqueira da Silva
Vivianne Kalyne Pereira da Silva Souza

INTRODUÇÃO: O comprometimento da função renal em pacientes portadores de neoplasias de colo uterino em estadiamento avançado é um evento decorrente de invasão/obstrução pelo tumor, que se estende até a parede pélvica, e estruturas adjacentes, causando hidronefrose ou exclusão renal, sendo esse um dos grandes fatores de mau prognóstico da evolução clínica do paciente. O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. É uma doença de desenvolvimento lento, que pode cursar sem sintomas em fase inicial e evoluir para quadros de sangramento vaginal intermitente, ou após a relação sexual; secreção vaginal anormal; e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais, nos casos mais avançados. É o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres com aproximadamente 530 mil novos casos no mundo. No Brasil, em 2016, são esperados 16.340 casos novos, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. Por ser uma doença de caráter inicial assintomática e pela não adesão das mulheres às formas de prevenção e detecção precoce, o câncer frequentemente evolui para sua forma mais invasiva comprometendo estruturas adjacentes causando como, por exemplo, a hidronefrose por dilatação da pelve e cálices renais, causada pela pressão de retorno sobre o rim quando se obstrui o fluxo, levando, se não tratada, à insuficiência renal. Em pacientes que apresentam câncer do colo do útero avançado em injúria renal aguda, ou quando se tornam anúricas durante o tratamento pelas irradiações, pode-se empregar uma, ou mais, das alternativas disponíveis para a melhoria da função renal, entre elas a hemodiálise. Nesse contexto, o enfermeiro presta sua assistência, melhorando a qualidade de vida do paciente, prevenindo agravos, identificando pontos críticos, dando aporte às ações de assistência de enfermagem que possibilitem a continuidade do cuidado, estabelecendo metas e resultados que possam ser alcançados, e proporcionando um cuidado integral e individualizado.

OBJETIVO: Relatar a experiência vivenciada da aplicação Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a uma paciente com Injúria Renal Aguda (IRA) decorrente de neoplasia maligna do colo do útero com lesão invasiva.

METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência vivenciado entre os dias 04 a 08 de março de 2016, em que se aplicou a SAE com uma paciente internada em Hospital de referência em oncologia, no município do Natal/RN. Os dados foram analisados segundo a taxonomia II da Associação Norte-Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) e a Classificação das Intervenções e resultados de Enfermagem (NIC e NOC) e literatura pertinente ao tema.

RESULTADOS: Tratava-se de uma Paciente de 38 anos, com Injúria Renal Aguda (IRA), hidronefrose bilateral, fístulas vesico-vaginal e reto-vaginal, e portadora de

neoplasia de colo do útero. Consciente, orientada, restrita ao leito, hipocorada (+/++++), desidratada, anictérica, em uso de oxigênio ambiente, dieta para Injúria Renal Aguda por via oral, ausência de linfonodos palpáveis, acesso venoso central para hemodiálise em veia jugular interna direita (VJID). O exame dos aparelhos cardiovasculares (A/C) e respiratórios (A/R) não mostraram anormalidades, na avaliação abdominal (A/A) o abdômen encontra-se distendido, flácido, com ruídos hidroaéreos presentes, indolor à palpação profunda e timpânica. Ferida tumoral em região inguinal direita com secreção purulenta; utilizando sonda vesical de demora (SVD), anúrica. Apresentando edema em membros inferiores e superiores, evidenciando fragilidade dérmica com lesões em pele devido à tensão causada por edema. Os cuidados prestados foram baseados em um referencial metodológico denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), utilizando para implementação o processo de enfermagem que é dividido em cinco fases: Investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Os diagnósticos de enfermagem relacionados à Injúria Renal Aguda mais prevalentes foram: Risco para infecção; Deambulação prejudicada; Integridade da pele prejudicada; Risco de desequilíbrio eletrolítico; Volume de líquidos excessivo; Dor aguda; Risco de glicemia instável; Eliminação urinária prejudicada e Medo. O planejamento e as intervenções contemplam a aferição dos sinais vitais e parâmetros hemodinâmicos, monitoramento dos níveis de eletrólitos séricos e os indicadores físicos dessas complicações, restrição hídrica, controle da dor e melhoria do conforto com a administração de analgésicos segundo prescrição e realização de compressas geladas com chá de camomila em membros inferiores, controle de glicemia capilar, avaliação de sinais flogísticos no sítio de inserção do cateter para hemodiálise, assim como manutenção desse acesso, troca de curativo com técnica asséptica se houver sujidade, realizar desinfecção dos dispositivos de administração de medicações, melhorar retorno venoso e tonicidade muscular com terapia de movimentos articulares e de controle muscular, prevenir úlcera por pressão aliviando tensão da pele sobre a cama com o auxílio de coxins e mudança de decúbito, avaliar débito urinário, e orientar quanto aos procedimentos realizados e prognósticos da evolução do quadro clínico conforme disposição da paciente. Os resultados obtidos foram: alívio momentâneo da dor, melhora do conforto, funcionalidade do local de acesso para a realização de hemodiálise, autocontrole do medo, equilíbrio eletrolítico e ácido-básico, início de cicatrização das lesões em membros inferiores, prevenção de ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia, e prevenção de infecções evitáveis. **CONCLUSÃO:** Nessa análise, verificou-se que o câncer de colo do útero em seu estadiamento avançado promoveu a invasão de estruturas adjacentes renais causando hidronefrose e por consequência a Injúria Renal Aguda. A terapêutica de enfermagem, neste contexto, objetivou a otimização da assistência através do levantamento dos principais diagnósticos de enfermagem, suas respectivas intervenções de enfermagem e o estabelecimento de metas a serem alcançadas (resultados esperados), sempre visando à busca da melhoria da qualidade de vida do paciente utilizando como ferramenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Esse relato de experiência pôde concluir que a SAE é de extrema importância para contribuir na melhoria da qualidade na assistência de enfermagem aos pacientes com Injúria Renal Aguda (IRA) decorrente de neoplasia maligna do colo do útero podendo prevenir o agravamento do quadro clínico e oferecendo melhora ou minimização dos sinais e sintomas e complicações da doença.

Palavras-chave: Câncer do Colo do Útero. Insuficiência Renal. Processos de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. G.; GONÇALVES, D. J. S.; FERRAZ, B. G.; FRANÇA, A. V. X. Sistematização da Assistência de Enfermagem para prevenção de Insuficiência Renal Aguda na Unidade de Terapia Intensiva. **Saúde Coletiva em Debate**, Paraíba, v. 2, n. 1, p. 20-29, dez. 2012.

LOPES, M. H. B. M.; MARTINO, M. M. F.; SOUZA, E. F. Diagnósticos de enfermagem em pacientes hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 629-635, abril./jun. 2007.

DIZ, M. D. P. E.; MEDEIROS, R. B. Câncer de colo uterino – fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 88, n.1, p. 7-15, jan./mar. 2009.

VISITA DOMICILIAR: A VISÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DO PROCESSO DE CUIDADO

Thuisa Emmanuelle do Nascimento Pessoa de Melo
Ilara Maria Ferreira Alves
Melina de Oliveira Pimentel
Tayssa Suelen Cordeiro Paulino
Isabel Cristina Amaral de Sousa Rosso Nelson
Fábio Claudiney da Costa Pereira

INTRODUÇÃO: A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada com a intenção de organizar a Atenção Básica (AB), dessa forma podemos entender que ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde são preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) neste ambiente, além da garantia do acesso universal e formação de vínculo entre profissionais e comunidade. Portanto, as equipes devem trabalhar de forma a garantir esse processo com continuidade permitindo assim à realização de uma assistência na Unidade de Saúde ou mesmo no âmbito domiciliar. Diante disso, a visita domiciliar deve ser utilizada como instrumento de processo de trabalho em saúde, é uma forma de assistir o individual e o coletivo possibilitando o sentimento de confiança entre comunidade e equipe de saúde, além de oferecer a oportunidade de conhecer as reais necessidades das famílias como também permite ao profissional enfermeiro da ESF a compreensão do modo de vida das pessoas incluindo fatores como, renda, crença, moradia, relações interpessoais entre outros. Todavia, a assistência domiciliar engloba várias categorias, tais como o cuidado, a internação e a visita domiciliar, cada qual com suas particularidades. Nesse contexto, as atividades de atenção de saúde da puérpera e do recém-nascido são realizadas através da equipe de Atenção Primária a Saúde (APS), por meio do retorno da díade ao serviço de saúde e a visita domiciliar, devendo ocorrer em até 42 dias após o parto. Pois, esse tipo de atendimento está voltado para a puérpera, tendo caráter educativo, de acompanhamento e fiscalização biológica do processo saúde doença. Destarte, o puerpério engloba as etapas de involução do corpo da mulher após a gravidez e parto, neste período podem ocorrer complicações na saúde materno-infantil, sendo este muitas vezes por motivos evitáveis, dessa forma percebemos que existe uma vulnerabilidade maior desse grupo para determinadas doenças e agravos. Portanto, se deve observar, na consulta, as possíveis alterações físicas e psicológicas, além de orientações sobre imunização e aleitamento materno. Diante da importância da temática, este estudo teve como objetivo entender a visita domiciliar a puérpera na visão do enfermeiro da ESF e destacar os motivos que levam as mulheres a buscar essa assistência. **METODOLOGIA:** Dessa forma, trata-se de uma revisão bibliográfica, em que a pesquisa teve caráter descritivo, com abordagem qualitativa, utilizando artigos científicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados da: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para a busca, utilizaram-se os descritores em saúde (DeCs: Visita domiciliar; Assistência de enfermagem; Período pós-parto. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Frente a isso, existe uma necessidade de se ampliar a participação e a autonomia da mulher no cuidado com sua saúde. Estudos mostram que o puerpério é um período de insegurança e por esse motivo, se faz relevante que o profissional enfermeiro tenha

a sensibilidade na identificação das necessidades da puérpera, principalmente no ambiente domiciliar, proporcionando história de vida da paciente, o meio em que vive, as dificuldades que enfrenta e seus sentimentos. Nesse cenário, a consulta de enfermagem é uma prática que se faz relevante na realização de anamnese voltada para a coleta de dados sobre gestação e parto, questões como as necessidades básicas humanas devem ser abordadas, além de orientações sobre amamentação e planejamento familiar, ou seja, executar uma escuta ativa, principalmente, na busca de queixas sobre dor, sangramento anormal e sinais flogísticos. Ainda nesse ínterim, o profissional enfermeiro deve avaliar de forma geral o estado clínico ginecológico da paciente, tendo destaque às mamas, o abdômen, a região pélvica e genitais externas, atentando para a presença de anormalidades e sinais de infecções. Haja vista, que as puérperas relatam medo de complicações irreversíveis, tendo a morte como uma consequência grave, que pode acontecer na ausência de repouso no período puerperal. Por isso, elas acham importante a revisão pós-parto entendendo a consulta puerperal como um momento de proporcionar saúde, além de retirada de dúvidas e preocupações. Visto que os novos desafios com o recém-nascido, irá mudar toda a rotina da família, pois haverá mais responsabilidades e receios, gerando uma insegurança e ansiedade, fazendo com que a mulher saia da sua zona de conforto, destacando a importância da assistência profissional para suprir as principais necessidades e aflições, através de um serviço qualificado e por meio da participação de uma equipe multiprofissional. **CONCLUSÃO:** Diante disso, a visita domiciliar puerperal é considerada um instrumento relevante da educação em saúde devido orientações de prevenções de doença e promoção da saúde, portanto podemos entender a assistência domiciliária para a puérpera como estratégia fundamental do cuidado. Dessa maneira, o papel do profissional enfermeiro no período pós-parto consiste em um cuidado integral, qualificado e humanizado ao binômio mãe/filho, direcionando ao apoio necessário a puérpera.

Palavras-chave: Visita Domiciliar. Assistência de Enfermagem. Período Pós-Parto.

REFERÊNCIAS

ANGELO, B. H. B.; BRITO, R. S. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência?. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 5, p. 1163-1170, 2012.

BERNARDI, M. C.; CARRARO, T. E.; SEBOLD, L. F. Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 1074-1080, 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica nº 32: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012. 320 p.

LIONELLO, C. D. L. et al. O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p.103-110, 2012.



MAZZO, M. H. S. N.; BRITO, R. S.; SANTOS, F. A. P. S. Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 663-667, set./out. 2014.

SANTOS, F. A. P. S.; BRITO, R. S.; MAZZO, M. H. S. N. Puerpério e revisão pós-parto: significados atribuídos pela puérpera. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 4, p. 854-858, out./dez. 2013.

SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. **Cogitare enferm**, Curitiba, v.16, n. 3, p. 492-497, jul./set. 2011.

SEGURANÇA DO PACIENTE, NO CUIDADO DE ENFERMAGEM, EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

Daiane Soares Costa

Luzia Kelly Alves da Silva do Nascimento

INTRODUÇÃO: A segurança do paciente implica reduzir, a um padrão aceitável, o risco de danos considerados desnecessários que congreguem com a atenção à saúde. Para tanto, deve-se buscar não causar dano, reduzir os eventos adversos, erros e incidentes relacionados à assistência, viabilizando atingir a excelência no atendimento (BRASIL, 2013). Hipócrates (460-370 a.C), o pai da medicina, já falava da importância de não causar dano, reconhecendo em sua época a possibilidade de acontecerem danos relacionados ao cuidado. No percurso da história, outros personagens foram coadjuvantes para a evolução da qualidade em saúde, exemplificando, Florence Nightingale, com seu olhar diferenciado para a organização do cuidado e a importância da higienização das mãos para evitar transmissão de infecção (BRASIL, 2014). Há 30 anos, em média, estudos que tiveram como base a revisão de prontuários alavancaram a ideia de que o paciente é colocado em risco quando está recebendo cuidados relacionados à sua saúde. Analisando por esse prisma, recentemente vem sendo acrescido a esses dados novas informações, como o relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, de 1999, que tornou o tema segurança do paciente relevante (ZAMBON, 2009; BRASIL, 2013). Com os avanços da saúde, tendo em vista a preocupação mundial diante da segurança do paciente, em 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a “Aliança Mundial para a Segurança do paciente”, como também a cada dois anos elaboram os “Desafios Globais pela Segurança do Paciente”, que trazem ações para minimizar os danos causados ao indivíduo que necessita de cuidados em instituições de saúde (MOURA; MENDES, 2012). Posteriormente, o Ministério da Saúde, criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) baseado na portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo de monitorar e prevenir danos na assistência à saúde, para isso, desde 2011, 192 instituições de saúde sentinelas de todo país, passaram a monitorar os eventos adversos relacionados ao atendimento dos pacientes, tais como, infecção sanguínea adquirida na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do hospital, erros relacionados ao uso de medicamentos, ao uso de sangue e de produtos como próteses, dentre essas instituições, quatro estão localizadas no Rio Grande do Norte (BRASIL, 2013). Durante a assistência de enfermagem, apesar de tudo que vem sendo discutido sobre segurança do paciente, o erro dos profissionais de saúde ainda é um fator que recebe destaque. Erro ou incidente define-se como situação em que poderia ter ocorrido ou ocorreu dano desnecessário ao paciente, seja ele intencional ou não intencional. Se por ventura o erro não prejudicar o paciente ou quando é detectado antes que o prejudique, classifica-se como “quase erro”, se atingir o paciente, mas não causar dano distinguível, recebe a classificação de incidente sem dano, já quando o erro resulta em dano distinguível é denominado de incidente com dano ou evento adverso (DUARTE et al, 2015). Proporcionar uma assistência com segurança que resulte em proteção para o paciente é responsabilidade direta de cada profissional da equipe de saúde. Mesmo sendo considerados responsáveis pelos eventos indesejáveis, os profissionais devem levar em consideração o cenário no qual estão inseridos, o que implica averiguar as condições de trabalho e atividades

desenvolvidas por eles, as quais dão origem aos erros (BECCARIA et al., 2009). Isso posto, este estudo objetiva identificar quais ações, a equipe de enfermagem pode desenvolver para reduzir danos relacionados à segurança do paciente em situações de emergência. **METODOLOGIA:** A pesquisa é do tipo revisão integrativa de literatura e a busca dos artigos foi realizada nos meses de julho de 2015 a abril de 2016, nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Para selecioná-los, foram utilizados os descritores: “segurança do paciente”, “enfermagem em emergência” e “serviço hospitalar de emergência”. Visando melhor desenvolver a pesquisa estes descritores foram refinados e analisados, resultando em 12 artigos na base de dados LILACS e 3 artigos na base de dados SCIELO, o que possibilitou obter 15 artigos no total. Para estratificação dos artigos, foram estabelecidos critérios de inclusão tomando como base os textos completos e disponíveis em Língua Portuguesa, publicados entre 2012 e 2016, que tivessem relação com o tema. E foram excluídos manuais do Ministério da Saúde, protocolos, artigos que se repetiam nas bases de dados, monografias, teses, dissertações, textos apresentados apenas como resumos e estudos que não contribuíam para responder ao questionamento proposto. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Foi observado, durante o estudo, que os mais variados autores trazem grandes contribuições acerca da atuação do enfermeiro para a segurança do paciente, exaltando meios que favorecem a redução de danos em situações diversas, como as de emergência, que perpassam temas como classificação de risco em Serviço Hospitalar de Emergência (SHE), dificuldades encontradas e estratégias que podem reduzir os danos causados aos pacientes em situações de emergência. Após dar entrada na maioria dos SHE é preenchida uma ficha na recepção e dado a orientação do tempo de espera que será realizada a classificação segundo o risco, em que por meio de uma atividade direta realizada pelos profissionais de enfermagem através de instrumentos facilitadores na tomada de decisão é determinada a prioridade de atendimento. Ação primordial, já que além de proporcionar aos pacientes críticos o atendimento imediato, permite posteriormente avaliar a qualidade do cuidado implementando melhorias nos atendimentos futuros (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012; ACOSTA; DURO; LIMA, 2012; OKUNO ET AL., 2013). Feito a classificação de risco identificando-se a existência ou não do risco de morte, espera-se que esse SHE tenha um espaço físico adequado, insumos e profissionais que estejam aptos para oferecer assistência adequada e em tempo hábil, o que muitas vezes devido à complexidade das atividades desempenhadas, que requerem maior atenção e demasiadas vezes resultam em sobrecarga de trabalho, tendo como consequência para os trabalhadores do local, o estresse (ACOSTA; DURO; LIMA, 2012; FONSECA; NETO LOPES, 2014). Durante a assistência, muitas dificuldades são encontradas, mas quando se trata de segurança do paciente nos SHE, também se pode destacar a superlotação, espaço físico e comunicação entre a equipe-equipe/ equipe-paciente, devendo esses ser convergente à produção de saúde e quando preciso construir uma nova realidade que abarque as necessidades do paciente, proporcionando locais de espera confortáveis, desenvolver estratégias de comunicação entre profissionais e pacientes, pois quando a informação é inexistente ou repassada de forma insatisfatória acarreta em riscos para o indivíduo, o que remete a práticas incapazes de fornecer um atendimento holístico, igualitário e humanizado (ZEM; MONTEZELI; PERES, 2012; SILVA ET AL, 2012; COSTA ET AL, 2015). Com o intuito de diminuir os danos causados aos pacientes em situações de

emergência, a equipe de enfermagem vem colocando em prática o processo de trabalho, atuando de forma segura de acordo com o desempenho de suas funções de administrar, assistir, pesquisar, compartilhar conhecimentos por meio do ato de ensinar e participar politicamente em busca do cuidado que não tenha como base o automatismo ou mecanicismo (DELL'ACQUA; POPIM, 2013). **CONCLUSÃO:** Tendo em vista que a emergência é um setor que demanda alto nível de qualificação e organização da equipe de enfermagem para que a segurança do paciente seja preservada, durante o atendimento de emergência, é primordial que os profissionais da equipe de saúde evitem, previnam e se possível melhorem o número de eventos adversos ocasionados durante o ato do cuidar. Outra coisa a ser destacada é que mesmo com discussões acerca da temática estudada neste artigo, outros artigos e protocolos, erros continuam acontecendo devido a eventos adversos e multifatoriais, cabendo à instituição saber como lidar com eles, sempre que preciso replanejar os processos técnicos e incentivar os funcionários a não ocultarem a verdade, pois alguns serviços ao invés disso, punem a equipe e com isso é tendenciosa a ideia de omitir o que não acontece nas conformidades das normas institucionais empregadoras. É emergente que esses erros sejam estudados, corrigidos e que haja uma reflexão das ações continuamente, ou seja, proporcionar a todos os envolvidos no processo, o desenvolvimento de uma educação permanente para que desenvolvam boas práticas.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, Aline Marques; DURO, Carmen Lucia Mottin; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 4, p. 181-190, 2012.
- BECCARIA, Lucia Marinilza et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 21, n. 3, p. 276-282, 2009.
- BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 5, p. 751-757, 2012.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013. 170p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 42 p.
- COSTA, Priscila Gomes et al. Domínio de idiomas estrangeiros por enfermeiros que atuam em serviços de emergência e unidades de terapia intensiva. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 5, n. 2, p. 1643-1649, 2015.

DELL'ACQUA, Magda Cristina Queiroz; TOME, Luciana Yoshie; POPIM, Regina Celia. O processo de trabalho em urgência e emergência em interface com a morte. **Rev. Rene.**, v. 14, n. 6, p. 1149-1159, 2013.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. Eventos adversos e segurança na assistência de em serviço hospitalar de emergência. **Acta Paul Enferm.**, v. 28, n. 3, p. 216-223, 2015.

FONSECA, José Ricardo Ferreira da; NETO LOPES, David. Níveis de estresse ocupacional e atividades estressoras em enfermeiros de unidades de emergência. **Rev. Rene**, v. 15, n. 5, p. 732-742, 2014.

MOURA, Maria de Lourdes de Oliveira; MENDES, Walter. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 3, p. 523-535, 2012.

OKUNO, Meiry Fernanda Pinto et al. Interação medicamentosa no serviço de emergência. **Einstein**, v. 11, n.4, p. 462-466, 2013.

SILVA, Ana Paula et al. Trabalho em equipe de enfermagem em unidade de urgência e emergência na perspectiva de kurt lewin. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 11, n. 3, p. 549-556, 2012.

ZAMBON, Lucas Santos. **Riscos e eventos adversos: uma realidade alarmante.** Atualizado em 04 março 2009. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/901/introducao__primum_non_nocere.htm>. Acesso em: 20 jul. 2015.

ZEM, Kelly Karine; MONTEZELI, Juliana Helena Montezeli; PERES, Aida Maris. Acolhimento com classificação de risco: concepção de enfermeiros de um pronto socorro. **Rev. Rene.**, v. 13, n. 4, p. 899-908, 2012.