



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Apresentação

O evento proposto pela coordenação do curso de graduação em Enfermagem Faculdade Integrada de Santa Maria - FISMA ocorreu durante a 77ª Semana Nacional de Enfermagem, que foi celebrada entre os dias 14 a 20 de maio de 2016, em todo o país. Neste ano, o **III Encontro do Curso de Graduação em Enfermagem** tem como tema central "**A Enfermagem e o trabalho em equipe multiprofissional**". A partir deste tema, a programação contou com: palestras realizadas por profissionais enfermeiros, mesas redondas com a participação de enfermeiros e demais profissionais da equipe de saúde, oficinas com temas variados e também com a submissão e apresentação de trabalhos orais.

Novembro de 2016.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

FICHA CATALOGRÁFICA

E56a

Encontro de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (3. : 2016 : Santa Maria, RS)
Anais do 3º Encontro de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria / Organizadores dos anais: Ana Margarete Rodrigues Martins Ferreira; Adalvane Nobres Damaceno. – Santa Maria, RS, 2016.

181 p.

1. Enfermagem. 2. Ciências da Saúde. 3. Iniciação Científica. 4. Pesquisa. I. Título.

CDU 616-083

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Trilce Morales CRB 10/2209



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Dirigentes

Diretor Geral: Prof. Dr. Ailo Valmir Saccol

Vice-Diretor: Prof. Me. Marcos Juliano Hübner

Diretor Administrativo-financeiro: Prof. Me. Elizeu de Albuquerque Jacques

Diretor Acadêmico: Prof. Me. Silsomar Adaime

Diretora de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão: Prof. Dr.^a Maria Isabel Aude

Coordenadora do Curso: Prof.^a Dr.^a Sandra Marcia Soares Schmidt

3

Comissão Organizadora do Evento

Enf. Prof. Me. Adalvane Nobres Damaceno

Enf^a Prof^a Me. Bruna Parnov Machado

Enf^a Prof^a Esp. Denise Miranda Conterato

Enf. Prof. Me. Diego Schaurich

Enf^a Prof^a Me. Helena Carolina Noal

Enf^a Prof^a Me. Laura Ferreira Cortes

Enf. Prof. Me. Leonardo Bigolin Jantsch

Enf^a Prof^a Me. Priscila Kurz Assumpção

Enf^a Prof^a Dr.^a Sandra Marcia Soares Schmidt

Organização dos Anais:

Dra. Ana Margarete Rodrigues Martins Ferreira

Me. Adalvane Nobres Damaceno



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Palavra da Coordenação do Curso

4

O tema central da semana de enfermagem realizado em todo o país no período de 12 a 20 de maio de 2016 foi: **ABEn 90 anos e a construção Histórica e Política da Enfermagem.** Enfocando o cuidado como componente essencial para a vida. Entender a importância do cuidado de enfermagem requer uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro, suas escolhas bem como a escolha de sua profissão.

Neste ano a coordenação, juntamente com os professores do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA para comemorar a septuagésima sétima (77^a) Semana Nacional de Enfermagem escolheu como tema central **“A Enfermagem e o trabalho em equipe multiprofissional”**.

Atualmente, é possível encontrar vários conceitos do trabalho em equipe que evidenciam as características de um trabalho integrado, com comunicação clara, confiança e respeito. Mais do que nunca essa tendência parece destacar que o foco do trabalho em equipe é baseado no esforço coletivo na busca de objetivos e nas metas comuns, em clima de confiança, respeito, cooperação, comunicação aberta e clara entre seus membros

O trabalho em equipe possibilita a troca de conhecimento e agilidade no cumprimento de metas e objetivos compartilhados, otimiza o tempo de cada pessoa e contribui para conhecer outros indivíduos e aprender novas tarefas.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Saber trabalhar em equipe é um fator importante, e uma característica essencial para estudantes e profissionais.

Durante a formação acadêmica, o enfermeiro aprende que o trabalho em saúde eficaz deve ser focado na equipe. A compreensão do real significado de equipe é fundamental já que, um bom atendimento em saúde com qualidade e eficiência requer envolvimento coletivo dos profissionais.

Assim, a academia tem se dedicado para construir o conhecimento na enfermagem, desafiando os acadêmicos a reflexões e indagações sobre a natureza e os contornos do conhecimento científico e a manter a consciência de que é preciso cuidar numa perspectiva humana e científica e para que este propósito seja vislumbrado é necessário manter-se atualizado.

Nesta circunstância, precisamos defender o direito a vida, à saúde e a qualidade do cuidado prestado, bem como a valorização da profissão orientada pelo agir ético e pelo exercício do pensamento crítico. É necessário considerar, ainda, os múltiplos sujeitos envolvidos no trabalho coletivo em saúde, os diferentes profissionais e as diferenças individuais e culturais que se apresentam nas múltiplas e desafiantes situações cotidianas de trabalho.

Graças ao trabalho em equipe, e a colaboração da Direção, professores e acadêmicos que realizamos o III encontro de Enfermagem da FISMA.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Sumário

PALAVRA DA COORDENAÇÃO DO CURSO.....	3
1. CAPÍTULO I - Resumos expandidos	8
VIAS DE ADMINISTRAÇÃO: ENTERAIS E PARENTERAIS, PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO CORRETA DE MEDICAÇÕES.	8
O CUIDADO AO PACIENTE IDOSO: PERCEPÇÕES SOB A ÓTICA DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM.....	11
ESTRATÉGIAS DE IMPLANTÇÃO DO MÉTODO CANGURU: NOTA PRÉVIA	14
EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PRÁTICAS COM MULHERES NA TERCEIRA IDADE	19
A DOENÇA DE CROHN: UM OLHAR MULTIPROFISSIONAL PARA O CUIDADO	23
PERCEPÇÕES DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM FRENTE O DIGNÓSTICO TARDIO DE NEOPLASIAS DE MAMA	28
A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO CUIDADO AO RN COM LÁBIO LEPORINO E FENDA PALATINA.....	33
A IMPORTANCIA DA IDENTIFICAÇÃO DA SÍNDROME BURNOUT NA ENFERMAGEM: CAUSAS E EFEITOS ¹	38
TRABALHO DE SAÚDE COLETIVA II -	42
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO	42
O AUTOCUIDADO DO ENFERMEIRO, BEM COMO A EQUIPE NO SETOR DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME).	46
O CUIDADO DO ENFERMEIRO NA CONSULTA DE PUERICULTURA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	48
LENDO NAS ENTRELINHAS	51
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA.....	52
HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL ¹	56
A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA ¹	58



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO SOCIAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS E TRANSTORNOS MENTAIS	61
ACHADOS LABORATORIAIS NA ANEMIA FERROPRIVA.....	65
HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	69
APRESENTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE ATRAVÉS DE UMA EXPOSIÇÃO PARTICIPATIVA EM SALA DE AULA.....	73
2. CAPÍTULO II - Trabalhos completos.....	78
PROCESSO DE DECISÃO PELO TIPO DE PARTO: PREFERÊNCIA DAS MULHERES E DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO	78
ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO: UM NOVO DISPOSITIVO NA REDE DE APOIO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA.....	87
A PERCEPÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM FRENTE AOS USUÁRIOS ESTOMIZADOS	91
UMA ATENÇÃO ESPECIAL PARA DIABÉTICOS E HIPERTENSOS.....	95
ATIVIDADE EDUCATIVA: VISÃO VOLTADA AO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO E DE MAMA.....	100
COMISSÃO DO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR: ORIENTAÇÕES SOBRE OS ISOLAMENTOS.....	106
IMPLEMENTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS HIV E SÍFILIS NOS MUNICÍPIOS REFERENTES 4º CRS.....	116
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL: IMPORTÂNCIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO.....	125
A ENFERMAGEM NA ATENÇÃO DOMICILIAR	135
ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES VIA ÁUDIO E VÍDEO NO SETOR DE RADIOTERAPIA	146
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PANORAMA DA ENFERMAGEM.....	172

1. CAPÍTULO I - Resumos expandidos

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO: ENTERAIS E PARENTERAIS, PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO CORRETA DE MEDICAÇÕES.

8

COMIN, Denise¹
MALDONADO, Paula Acosta²

INTRODUÇÃO: A administração de medicamentos pode ser feita de diversas formas, ou seja, através de diversas vias. Para fins de compreensão estas vias subdividem-se em dois grandes grupos: as vias enterais e as parenterais. Quando a administração envolve o contato da medicação com o trato gastrointestinal fala-se em vias enterais as quais englobam as vias: retal, sublingual e oral. Por outro lado, quando não há contato da medicação com o trato gastrointestinal fala-se em vias parenterais as quais incluem: a intravenosa, a subcutânea e a intramuscular. A correta administração das medicações prescritas é de suma importância para a obtenção do máximo de proveito dos efeitos da terapêutica. A não conformidade da administração pode ocorrer em diferentes etapas que vão desde a prescrição pelo profissional da área médica até o momento em que a medicação toma contato com o organismo através da via de administração. Cabe ao profissional da enfermagem garantir que a quantidade correta, através da via de administração exata, chegue ao local de ação a fim de garantir o máximo de benefício do princípio ativo. **OBJETIVO:** o objetivo do presente trabalho foi identificar algumas das possíveis causas de imprecisão na administração de medicamentos feita por profissionais da área da enfermagem através da análise de trabalhos já publicados e apontamentos da própria literatura. **METODOLOGIA:** A fim de desenvolver o tema proposto foi realizada uma pesquisa bibliográfica durante o transcorrer da disciplina de Farmacologia ministrada na Faculdade Integrada de Santa Maria- FISMA, durante o primeiro semestre de 2016. No intuito de explorar a literatura sobre o tema foi realizada uma busca na base de dados Scielo (Scientific Electronic

¹ Relator. Curso de Graduação em Enfermagem, 2º semestre, Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA). dennise.comin@gmail.com

² Orientador. Farmacêutica-bioquímica, Pós-doutora em Ciências Biológicas-Bioquímica Toxicológica, Professora, Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA). paula.maldonado@fisma.com.br



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Library Online) utilizando as palavras chave: vias de administração, não conformidade, enfermagem e medicamentos em diferentes combinações as quais resultaram em artigos que contemplaram a temática proposta. Além da busca feita na base de dados supracitada utilizou-se material bibliográfico da própria biblioteca da instituição.

PRINCIPAIS RESULTADOS: Para administrar o medicamento com segurança, eficiência e responsabilidade o profissional da enfermagem deve compreender os seus efeitos, administrá-lo corretamente e monitorar as respostas do cliente (ARCURI, 1991). No entanto, durante o processo de administração, falhas podem acontecer tais como: ministrar medicamentos para uma pessoa a qual não havia sido prescrito, administração de dose ou uso de técnica incorreta e, principalmente através da via não indicada. O erro no cuidado em saúde, de forma não intencional, ocorre por algum problema ou falha na realização da assistência ao cliente/paciente (Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, citado por Gimenes et al. 2011). Sabemos que as prescrições são elaboradas pelos médicos e que farmacêuticos e a equipe de enfermagem são responsáveis por aplicar a terapia medicamentosa. Quando essas prescrições são ambíguas, ilegíveis, rasuradas, com abreviaturas ou com nomenclatura do medicamento diferente do padrão, elas se tornam fatores que contribuem para os equívocos mais comuns na administração de vias erradas. Gimenes et al. (2011), analisaram a influência das prescrições com informações incompletas e destacaram que nem todos os profissionais consideram erro quando um medicamento por via oral é administrado por sonda gástrica ou entérica, entretanto deve-se considerar a forma farmacêutica e características físico-químicas dos fármacos. A administração em via diferente da indicada pelo fabricante representa variação na biodisponibilidade do fármaco incorrendo em alterações na resposta terapêutica as quais podem prejudicar o paciente. Tosta et al. (1999) relataram que os desacertos mais comuns na administração de medicamentos por enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto resultam da distração e da falta de informação. Vinte e oito por cento dos seus entrevistados relataram que a falha mais comum é a via de administração em razão da falta de atenção e de conhecimento, já que muitos fármacos possuem nomes parecidos. Quando se fala em via parenteral, principalmente a intravenosa, existe maior gravidade já que o efeito trata-se de sistêmico e rápido, logo, a possibilidade de revertê-lo torna-se bastante ineficaz. Profissionais de saúde, mesmo capacitados e experientes, expostos a condições de trabalho não favoráveis cometem erros. Muitas



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

instituições têm número de funcionários reduzido e acúmulo de funções para os mesmos, fatos que se tornam potenciais fatores de risco dentro desse contexto. Na dosagem de medicamentos, como responsabilidade do enfermeiro, segundo o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), deve-se atentar para alguns itens tais como: medicação certa, dose certa, paciente certo, via certa, horário certo, forma farmacêutica certa e não deixar que sejam ações simplesmente mecânicas, mas plenamente conscientes. **CONCLUSÕES:** Os profissionais devem ser orientados a não administrar um medicamento sem ter certeza do seu nome, dose e via de administração. Na eminência de alguma falta, esta deve sempre ser levada aos seus responsáveis para que o mesmo não se repita. Diante do exposto, conclui-se que a administração medicamentosa deve ser avaliada em várias dimensões como tempo de ação, duração, necessidades e limitações do paciente e apresentação do medicamento para que as margens de engano sejam as menores e o efeito desejado seja o mais completo possível. Além disso, as prescrições feitas corretamente e com informações completas são necessárias para administração segura de um medicamento. Ressalta-se também que, apesar do acúmulo de funções experimentada pelos profissionais diretamente envolvidos na administração medicamentosa, estes devem estar plenamente conscientes da importância da sua ação para a qualidade dos resultados. Bem como procurar não se eximir das responsabilidades a eles atribuídas e na ocorrência de dificuldades em desempenhar suas funções pela falta de conhecimento devem procurar atualizar-se bem como buscar alternativas a fim de apurar suas deficiências.

DESCRITORES: vias de administração, não conformidade, enfermagem, medicamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CABRAL, Ivone Evangelista. **Administração de medicamentos/revisão técnica**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2002.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). [Dba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren* 021/2013](http://Dba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren*021/2013), acessado em 01/04/2016.

GIMENES, et al. Administração de medicamentos, em vias diferentes das prescritas relacionada à prescrição médica. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, Jan/fev 2011.

GOODMAN & GILMAN - **Manual de Farmacologia e Terapêutica**. Artmed, 2010.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS, editores. To Err is human: building a safer health system. Washington (DC): Committee on Quality of Health Care in America, National Academy of Institute of Medicine, 1999.

RANG, HP et al. **Farmacologia**. Elsevier, Rio de Janeiro, 2004.

TOSTA, Viviane de Carvalho, et al. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básica de saúde. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.5, p. 67-75, dezembro 1999.

TATIANE, Cristina Marques, et al. Erros de administração de antimicrobianos em estudo multicêntrico brasileiro. **Revista Brasileira de ciências farmacêuticas**, São Paulo, vol. 44, n. 2, abr./junho 2008.

O CUIDADO AO PACIENTE IDOSO: PERCEPÇÕES SOB A ÓTICA DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

COELHO, Juliede de Almeida¹

NUNES, Diego Dias²

RODRIGUES, Giovana Régia de Freitas³

MACHADO, Bruna Parnov⁴

INTRODUÇÃO: O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades no mundo inteiro. O índice de pessoas com mais de sessenta anos está aumentando. Tanto isso é verdade que se estima para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (RINALDI et al, 2013). Neste cenário que emerge como desafio para os profissionais de saúde, destacam-se o enfermeiro, a comunidade científica e o desenvolvimento da fragilidade no idoso, conceituada como uma síndrome clínica cujos sinais e sintomas são preditores de diversas complicações, tais como institucionalização, declínio funcional, hospitalização e

¹ Relator. Graduando do curso de enfermagem do 5º semestre da Faculdade Integrada de Santa Maria-FISMA. E-mail: jwlyeddy-coelho@bol.com.br.

² Co-autor. Graduando do curso de enfermagem do 5º semestre da Faculdade Integrada de Santa Maria-FISMA. E-mail: diegonunes564@hotmail.com.

³ Co-autora. Graduando do curso de enfermagem do 5º semestre da Faculdade Integrada de Santa Maria-FISMA. E-mail: giovanafreitas4@hotmail.com

⁴ Orientadora. Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente e Coordenadora Adjunta do curso de Graduação em Enfermagem da FISMA. Docente da Disciplina de Saúde Coletiva II da FISMA. E-mail:bruna.machado@fisma.com.br



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

morte. (LINCK et al, 2011). É neste ambiente de multicomplexidades que o enfermeiro deve direcionar suas ações com competência, aprimorando e mobilizando seus conhecimentos e despertando seu talento criativo para inovar no que concerne às mudanças de atitude de seus clientes em relação a sua forma de viver e a sua própria maneira de entender que o envelhecimento é parte do ciclo da vida de todos. (SANTOS et al, 2014). Os enfermeiros, por meio de ações educativas em saúde, tem a possibilidade de esclarecer, orientar e motivar os clientes a buscar o bem-estar e a qualidade de vida desejada. (FONSECA et al, 2013). O interesse em desenvolver esta temática deu-se pelos seguintes motivos: pela experiência vivida com um grupo de idosas do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS NORTE), localizado na Região Norte de Santa Maria/RS no qual foram desenvolvidas ações de cuidados. O CRAS trabalha com: o acolhimento, acompanhamento de famílias e de indivíduos, grupos e oficinas de convivência e atividades socioeducativas, visitas domiciliares, busca ativa, oficinas de inclusão produtiva, atividades coletivas (campanhas, palestras, grupos formativos), acompanhamento dos serviços prestados no território de abrangência do CRAS, encaminhamento para serviços da proteção básica, outros setores e para proteção especial e serviços de convivência e fortalecimento. **OBJETIVO:** Relatar sobre a importância do cuidado com o idoso sob a ótica dos acadêmicos de enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado por acadêmicos de enfermagem do 5º semestre/noturno da Faculdade Integrada de Santa Maria, no período de setembro a novembro de 2015, durante as aulas práticas da disciplina Saúde Coletiva II realizadas na Unidade Básica de Saúde Joy Betts, em Santa Maria, RS, entretanto as atividades de educação em saúde voltada a comunidade foram vinculadas em parceria com no Centro de Referência da Assistência Social, nas práticas No decorrer das atividades foram cinco encontros com o grupo de idosas onde no primeiro dia realizou-se o reconhecimento do local e do grupo. Foram debatidos no decorrer dos outros quatro dias temas como Hipertensão Arterial e seus cuidados, Envelhecer com Saúde, Menopausa e Sexualidade na Terceira Idade; temas que surgiram das dúvidas do grupo de idosas. O grupo é composto por no mínimo 30 idosas, das quais poucas comparecem assiduamente ao grupo, as idades das idosas variam de 50 a 80 anos. Sendo assim, a partir das dúvidas das mesmas foram elaborados pelos acadêmicos de Enfermagem palestras, panfletos, dinâmicas e rodas de conversa para sanar as dúvidas que fossem surgindo no decorrer do convívio com o grupo. **RESULTADOS:** Com o trabalho realizado no grupo da terceira idade notou-se a importância do cuidar e educar em saúde o idoso. As idosas nos traziam dúvidas do dia a dia delas, relatos de dificuldades em seguir algum tratamento para controlar a pressão arterial, o medo de envelhecer sem saúde e, até mesmo, o tabu da sexualidade na terceira idade. Destas dúvidas surgiu a



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

compreensão que o enfermeiro é primordial no cuidar à saúde do idoso. A assistência de enfermagem ao idoso deve ter como objetivo a manutenção e valorização da autonomia, para tanto é necessário avaliar o grau de dependência e instituir medidas voltadas para o alcance do maior grau possível de independência funcional e autonomia. (RINALDI et al, 2013). É necessário que o enfermeiro seja capaz de trabalhar com o idoso tendo como ideia base que esse indivíduo teve uma educação diferenciada, que o mesmo foi criado em uma época distinta da nossa e que os mesmos sentem-se com medo de se abrir com o próprio profissional de saúde. O papel do enfermeiro é instigar o idoso a ter autonomia do seu cuidado, pois assim o capacita e o prepara para enfrentar as dificuldades fisiopatológicas que o avançar do tempo lhe trará. Ao trabalhar com as idosas do CRAS NORTE, temas como Hipertensão Arterial e envelhecer com saúde, as estimulamos a serem capazes de identificar problemas provenientes dos temas que foram debatidos, sendo elas as maiores questionadoras do cuidar de sua própria saúde. O tema Menopausa e Sexualidade na Terceira Idade causou um grande entusiasmo nas senhoras, surgiram dúvidas, queixas e medos sobre esses temas, os quais a partir dos panfletos, dinâmicas e explanações, estima-se que obtiveram 100% de aceitação das idosas. **CONCLUSÃO:** O enfermeiro sendo o profissional que mais atua nas intervenções de cuidado e educação em saúde é o principal ator no cuidar a saúde do idoso. As atividades desenvolvidas com pessoas idosas são de extrema importância social e para o contexto de promoção à saúde na terceira idade. É importante trabalhar com o idoso de forma lúdica e descontraída e estimulando-os sempre a participar e ter consciência da sua capacidade de mudar e melhorar sua saúde em parceria com o enfermeiro. Os encontros com o grupo de senhoras nos possibilitou ver que o enfermeiro é o elo entre o idoso e seu autocuidado e o estímulo do profissional da saúde norteia essa significância do cuidar para o indivíduo da terceira idade.

PALAVRAS- CHAVES: Enfermeiro; Idoso; Terceira Idade; Envelhecer com Saúde; Educação em Saúde.

REFERÊNCIAS

SANTOS, A. A. P. et al. O papel do enfermeiro na promoção do envelhecimento saudável. Revista Espaço para Saúde, Londrina, v.15, n. 2, Junho de 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/11761/pdf_27>. Acesso em: 7 de Novembro de 2015.

FONSECA, Grasielle Gorete Portella; PARCIANELLO, Márcio Kist; DIAS, Caren Franciele Coelho; ZAMBERLAM, Claudia. Qualidade de vida na terceira idade: Considerações da enfermagem. Revista de enfermagem UFSM, Santa Maria, v.3, n. 2, 29 Abr. 2013. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs->



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

2.2.2/index.php/reufsm/article/view/6390/pdf >. Acesso em: 7 de Novembro de 2015.

RINALDI, Flávia Cazarotto; CAMPOS, Maria Elisa Carlone; LIMA, Solange da Silva; SODRÉ, Francielly Shieley Souza. O papel da enfermagem e sua contribuição para a promoção do envelhecimento saudável e ativo. Revista Eletrônica Gestão & Saúde Vol. 4 nº2, Brasília, v.4, n.2, 2013. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/472>> Acesso em: 9 de Novembro de 2015.

LINCK, Caroline de Leon; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre Jun. 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/94905/000788064.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 9 de Novembro de 2015.

ESTRATÉGIAS DE IMPLANTÇÃO DO MÉTODO CANGURU: NOTA PRÉVIA

CASTILHOS, Ana Carla¹
JANTSCH, Leonardo Bigolin²

Introdução: A prematuridade é uma condição na qual o recém-nascido tem por interrompido seu processo de desenvolvimento intrauterino. Essa interrupção aumenta o risco de adaptação ao nascimento pela "imaturidade" dos seus órgãos e sistemas o que o torna mais vulnerável às doenças e mais sensível aos agentes externos como luz, temperatura e ruídos. (CHAGAS et al., 2009) O Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) classifica como recém-nascido (RN) prematuro o bebê com idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas. Estima-se que a cada ano nascem cerca de 20 milhões de neonatos prematuros e de baixo peso em todo mundo, e um terço destes morrem antes de completar um ano de vida. (CARDOSO et al., 2006) No Brasil o elevado número de neonatos prematuros e de baixo peso constitui um alto percentual, representando um

¹ Autora/relatora. Acadêmica de Enfermagem do 8º semestre da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA). E-mail: ana-carlafc@hotmail.com

² Orientador. Enfermeiro Neonatologista. Doutorando em Enfermagem pela UFSM. Docente no curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA).E-mail: leo_jantsch@hotmail.com



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

problema de saúde pública na morbimortalidade neonatal. (BRASIL, 2014). A sobrevivência de muitos RN prematuros deve aos avanços da neonatologia intensiva nos últimos anos. O cuidado intensivo neonatal teve seu início em meados de 1892 na França com o surgimento das primeiras unidades de terapia intensiva e as primeiras incubadoras, já no Brasil a assistência aos recém-nascidos prematuros surge somente século XX. Nesta época cerca de 7 a 9% dos RN prematuros e de baixo peso morriam antes de completar uma semana de vida, e outros 50% vem a falecer antes do primeiro ano de vida, constituindo uma das mais altas taxas de mortalidade neonatal entre os países subdesenvolvidos. (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005) Incorporado no direito à saúde, a partir da lei 8.080/1990 fica estabelecido que todo cidadão brasileiro tem direito à assistência integral a saúde, assim não diferente, a assistência ao RN prematuro também vem sendo assegurada como direito. (COSTA; PADILHA, 2011) O MS nos anos subsequentes vem atualizando seu Guia de Atenção à Saúde do Recém-nascido e com isso, em 2015, tem a última atualização na Política de atenção a saúde da criança, em que disserta e garante assistência ao RN de baixo peso. Dentro da estratégia assegurada pela Política nacional de Saúde da Criança, o Método Canguru (MC) é citado como estratégia de cuidado. O MC é um programa voltado para o atendimento ao RN de baixo peso, tem o intuito de humanização no cuidado, seu principal objetivo é estimular o vínculo entre o bebê e seus familiares com a presença e a participação dos mesmos no exercício do cuidado. A principal característica do método é a realização da posição canguru, o que permite ao recém-nascido inúmeros benefícios. A estratégia foi idealizada em 1978 por Edgar Rey Sanabria em Bogotá na Colômbia, e implantado pela primeira vez em 1979 pelos pediatras colombianos Héctor Martínez Gómez e Luiz Navarrete Pérez no Instituto Materno Infantil de Bogotá. (FREITAS; CAMARGO, 2006) No Brasil, os primeiros hospitais a trabalharem com a “posição canguru” foram o Hospital Guilherme Álvaro em Santos, e o Instituto Materno Infantil em Recife, no ano de 1994. A partir desta iniciativa outros hospitais brasileiros começaram a desenvolver também a “posição canguru”, que se resume em colocar o recém-nascido em contato pele a pele com a mãe. (CAMELO; REA, 2006). A consolidação do MC no Brasil pelo Ministério da saúde ocorre em 05 de julho



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

de 2000 pela Portaria 693/ GM que estabeleceu a *Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru*, tornando este, uma Política Pública de Saúde (FREITAS; CAMARGO, 2006) Em 12 de julho de 2007, o Ministério da Saúde pela Portaria 1.683, *Aprova, na forma de Anexo, Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru*. Ficando assim revogada a Portaria 693/GM de 05 de julho de 2000. Fica definido a partir da data de sua publicação, o MC como um modelo assistencial perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social. (FREITAS; CAMARGO, 2006) Das normas gerais, o MC visa fundamentalmente uma mudança na abordagem do recém nascido de baixo peso que necessita de hospitalização, mas o método não é um substituto da unidade de Terapia Intensiva Neonatal nem da incubadora, uma vez que estas tem suas indicações bem estabelecidas. (BRASIL, 2007). O MC é desenvolvido em três etapas, tendo início no pré-natal de alto risco seguido da internação do RN na Unidade Neonatal. A primeira etapa consiste na orientação à família e no livre acesso dos pais na unidade neonatal, deve iniciar imediatamente com o toque e o contato dos pais com o bebê e assim que possível a posição canguru. Na segunda etapa o RN se encontra hemodinamicamente estável e permanece em alojamento conjunto com a presença permanente dos pais, nesta etapa a posição canguru deve ser realizada por maior tempo possível, esta etapa pode ser considerada como um estágio para alta hospitalar. Completos os quesitos para alta do RN, este deve ser acompanhado ambulatoriamente até completar 2.500g, esta se classifica como a terceira etapa do MC. O MC associado a uma assistência multiprofissional de qualidade pode melhorar consideravelmente a condição de saúde do RN, estimulando seu desenvolvimento, além de superar a interação técnica e os conceitos tradicionais, propõe um tratamento inovador frente às questões sociais, sendo ele uma forma de atenção vantajosa, segura e viável, propondo um tratamento humanizado e inovador às questões sociais, vêm rompendo com a inércia dos procedimentos habituais e se destacando pelo êxito da sua execução. (COSTA; MONTICELLI, 2005) O MC vem reduzindo cada vez mais os índices de mortalidade neonatal, o contato pele a pele na posição supina com os pais permite ao recém-nascido o controle térmico dando condições à este para sair mais cedo da incubadora, previne o



ANAIAS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

refluxo gástrico e aspiração pulmonar, além de aumentar o vínculo afetivo do bebê com os pais, o que contribui consideravelmente no seu desenvolvimento. (LAMY et al., 2005) O desenvolvimento neuro-comportamental dos recém-nascidos prematuros também é influenciado positivamente com a execução do MC, bem como a estabilidade de sinais vitais com frequência cardíaca, saturação de oxigênio e frequência respiratória. (COSTA; MONTICELLI, 2005) No que tange a amamentação, o MC favorece a produção de leite materno, beneficiando assim a lactação e amamentação exclusiva. A posição canguru transmite ao RN sentimentos de calma, tranquilidade e segurança. (NEVES et al., 2006) Nesta linha de pensamento, o autor ressalta que além da melhora na qualidade de vida dos recém-nascidos, o MC pode ser utilizado como uma estratégia de empoderamento materno, a execução deste pode servir como uma quebra destes sentimentos negativos, uma vez que a mãe se faz presente e ativa nos cuidados prestados ao bebê, sentindo-se assim mais segura e capaz. (CAMELO; REA, 2006) Sendo assim, percebe-se o quão importante é a implantação do MC nos serviços de Terapia Intensiva Neonatal. Para tanto, tem-se por questão norteadora do estudo: Quais são as estratégias utilizadas por equipes de terapia intensiva neonatal, para implantar o MC? **Objetivo:** O presente estudo tem por objetivo descrever as estratégias de implantação do Método Canguru em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Metodologia:** Trata-se de uma nota prévia, de um projeto de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em enfermagem. O estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura. A revisão narrativa de literatura constitui uma análise sistematizada da literatura publicada em livros, artigos de revista impressa e/ou eletrônica na interpretação e análise crítica pessoal do autor afim de fundamentar teoricamente um determinado objetivo de pesquisa. (ROTHER, 2007) Para tanto será realizado uma busca de artigos indexados na base de dados Literatura Latino– Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), como descritores serão utilizados: “Método Mãe-Canguru”, “recém-nascido de baixo peso” utilizando o operador *booleano* “AND” entre as palavras. A busca será realizada no período de junho de 2016 e a seleção dos artigos no período de junho e julho de 2016. A triagem dos artigos será balizada pelos seguintes critérios de inclusão: artigos nos idiomas inglês, espanhol ou



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

português, disponíveis em texto completo e gratuito, e que dissertarem sobre a implantação do MC em serviços de saúde. Como critérios de exclusão serão utilizados: artigos de revisão, teses e dissertações bem como manuais/protocolos institucionais. As análises dos dados serão realizadas pela análise de conteúdo temática de Bardin (2011). **Resultados esperados:** Almeja-se que esse estudo possa trazer estratégias de implantação do método Canguru em diferentes cenários, e assim, contribuir com a construção do conhecimento acerca da temática e propor estratégias de implantação para outros serviços, visto os benefícios apontados pelo MC para a saúde do RN prematuro e sua família.

18

Descritores: Método Canguru; Recém-Nascido de Baixo Peso; Neonatologia; Enfermagem Neonatal.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.
- BRASIL. Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **O Método Mãe-Canguru no Contexto das Políticas de Saúde**. Brasília; 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. Secretaria de Estado da Saúde. Portaria Nº1.683 **Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru**. Brasília; 2007.
- CARDOSO, A. C. A. et al. Método Mãe-Canguru: aspectos atuais. **Revista Pediatria**. Vol.28 n.2. p.128-134, 2006.
- CAMELO, A. J.; REA, M. F. O Método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. **Cad. Saúde Pública** vol.22 n.3 p.597-607. Rio de Janeiro; 2006.
- COSTA, R.; PADILHA, M. I. A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL POSSIBILITANDO NOVAS PRÁTICAS NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO. **Rev. Gaúcha de Enferm.** Vol.32 n.2. p.248-255. Porto Alegre; 2011.
- COSTA, R.; MONTICELLI, M. Método Mãe-Canguru. **Acta Paul Enferm.** Vol.18 n.4 p.427-433, 2005.
- CHAGAS, R. I. A. et al. Análise dos Fatores obstétricos, Socioeconômicos e comportamentais que determinam a Frequência de Recém-Nascidos Pré-



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Termos em UTI Neonatal **Revista Soc. Bras. Enferm. Ped.** Vol.9 n.1 p.7-11, 2009.

FREITAS, J. O.; CAMARGO, C. L. DISCUTINDO O CUIDADO AO RECÉM NASCIDO E SUA FAMÍLIA NO MÉTODO MÃE-CANGURU **Ver. Bras crescimento Desenvolv Hum.** Vol.16 n.2 p. 88-95, 2006.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva.** Vol.10 n.3 p.659-668, 2005.

ROTHER, E. T. Editorial Revisão Sistemática X Revisão Narrativa **Rev. Paul Enferm.** Vol.20 n.2 2007

19

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PRÁTICAS COM MULHERES NA TERCEIRA IDADE

LIMA, Andriéli¹
MULLER, Patrícia²
LEÃO, Fernanda³
MACHADO, Bruna⁴

Considerações iniciais: O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. Atualmente, chegar à velhice tornou-se uma realidade mesmo para as pessoas que vivem em países mais pobres, não sendo visto apenas como um privilégio de poucos. No Brasil, as faixas etárias a partir de 60 anos são as que mais crescem em proporção, sendo esse crescimento acelerado e entre os maiores do mundo. (SILVA et al, 2014). O enfermeiro considera, para a realização do cuidado, a bagagem de conhecimentos e a situação biográfica da mulher idosa e valoriza a participação da família como mediadora do cuidado. Esse profissional possui acuidade para captar as demandas específicas da

¹Relatora. Graduanda do curso de enfermagem do 5º semestre da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA. E-mail: andrieli1804@hotmail.com.

² Co-autora. Graduanda do curso de enfermagem do 5º semestre da Faculdade Integrada de Santa Maria-FISMA. E-mail: patti.muller@yahoo.com.br

³ Co-autora. Graduanda do curso de enfermagem do 5º semestre da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA. E-mail: feleaomelo@gmail.com

⁴ Orientadora. Enfermeira, especialista, Supervisora na Faculdade Integrada de Santa Maria - FISMA. E-mail: bruna.machado@fisma.com.br.



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

idosa, contudo, depara-se com dificuldades para cuidar dessa clientela. Neste sentido, faz-se necessário refletir sobre o conceito de cidadania, que significa ter consciência de direitos e deveres e participar de todas as questões da sociedade. Ou seja, tudo o que acontece no mundo, no país, na cidade, no bairro é da responsabilidade do cidadão, como sujeito de direitos e deveres, com capacidade crítica e reflexiva para exigir as ações públicas que são obrigações do Estado. Ser mulher idosa é um desafio, independentemente, da nacionalidade, do estado civil, econômico, político, social e religioso que ela tenha de origem. É comum, na literatura, desde a antiguidade, conferir-se à mulher um status de maior dependência, em que se constata a falta de respeito à sua condição feminina e de cidadã; um processo historicamente institucionalizado que caracteriza um estado de submissão ao homem. (FIGUEIREDO et al, 2006). Sendo assim a educação em saúde é uma proposta ousada e desafiadora, desenvolvida por profissionais de saúde imersos nos campos de práticas, pois desenvolve ações que contemplam os aspectos biopsicossociais que compõem o ser. O interesse por descrever esta prática voltada para esta temática surgiu pelo trabalho realizado junto a um grupo de idosas, no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) NORTE, localizado no bairro Perpétuo Socorro, na cidade de Santa Maria/RS. O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública do estado descentralizada da política de assistência social, responsável pela organização e oferta de serviços da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social do município. Desta forma se torna a porta de entrada SUAS, pois proporciona o acesso de um grande número de famílias à rede de proteção social de assistência social (BRASIL, 2009). E ainda é imprescindível salientar que o CRAS age em consonância com os princípios do SUS, fazendo parte da rede de serviços voltados atenderem o paciente na sua totalidade. **Objetivo:** Relatar uma experiência vivenciada sobre o cuidado do enfermeiro com enfoque na qualidade de vida das idosas residentes na Zona Norte do município de Santa Maria-RS, participantes do grupo “Melhor Idade”. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado por acadêmicas de enfermagem no período de outubro a novembro de 2015, no Centro de Referência de Assistência Social



ANAIAS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

(CRAS), situado próximo à unidade básica de saúde localizada no bairro Perpétuo Socorro na Zona urbana, região norte, na disciplina de Saúde Coletiva II. Foram realizadas orientações de educação em saúde, nas quintas-feiras, devido a este dia já estar agendado para a realização de atividades físicas do grupo de idosas no local. O grupo recebeu a denominação de grupo da “Melhor Idade”, tal nomenclatura foi escolhida por elas próprias. Este grupo tem o total de aproximadamente 30 integrantes. No CRAS são desenvolvidas atividades como: Acolhimento, grupos e oficinas voltados para crianças, adolescentes e idosos, visitas domiciliares, acompanhamento de famílias, e inclusão social e de indivíduos, palestras, bem como encaminhamento para Serviços da Proteção Básica, outros setores e para Proteção Especial. No grupo “Melhor Idade” foram trabalhados pelos acadêmicos de Enfermagem os seguintes temas como: Hipertensão Arterial, Envelhecer com Saúde, Menopausa e Sexo na Terceira Idade, onde foram ministradas palestras e distribuídos “folders” contendo informações e orientações de como as senhoras poderiam desenvolver um auto cuidado relacionado aos temas abordados. A realização deste trabalho com os determinados temas surgiu a partir de solicitações das próprias idosas, que exteriorizaram possuir dúvidas e curiosidades em relação a tais assuntos. **Resultados:** Percebe-se que a importância da atuação e participação de profissionais da saúde nas práticas educativas, práticas estas que permitem não apenas o auto cuidado, como também o conhecimento necessário através de orientações que são importantes para evitar possíveis agravos a saúde, pois a falta de informação muitas vezes leva a uma predisposição para desenvolver doenças ou até mesmo uma má qualidade de vida, sendo que, ambos podem ser evitados quando o idoso tem a oportunidade de obter melhores conhecimentos afim de melhorar ou tratar a sua saúde física e/ou emocional. Os resultados obtidos foram satisfatórios quanto à participação e a aceitação das idosas e da equipe multiprofissional do CRAS da região norte. E ainda através destas práticas foi possível para nós enquanto acadêmicas de Enfermagem desenvolvêmos a capacidade de aprimorar habilidades de comunicação, escuta e fortalecimento do ensino aprendizagem, trabalhar a socialização com idosos, proporcionar também o desenvolvimento da criatividade para tornar as atividades mais



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

atrativas. Além disso, aprendemos a lidar e interagir com a população idosa, que é um dos enfoques da nossa atuação na saúde pública futuramente como profissionais enfermeiras, buscando assim novas formas de prevenir agravos que permeiam nossa população (RIZOLLI, SURDI, 2010). Sendo capaz de atingir o propósito destas atividades que é de intervir promovendo a conscientização dos participantes do grupo sobre a importância de hábitos e práticas saudáveis, motivando-as ao auto cuidado e interação com a comunidade reconhecendo os serviços de atenção à saúde disponível nesta localidade. **Considerações Finais:** Portanto, o processo de Educação em saúde foi possível a partir da escuta e da provocação para reflexão individual de cada um dos participantes, com o intuito de que as senhoras obtivessem um reconhecimento sobre o seu processo saúde/doença, para identificarmos suas necessidades, dúvidas e questionamentos, optamos por temas previamente sugeridos por elas. Sendo assim, a participação e colaboração das mesmas contribuíram para assim atingirmos os objetivos propostos pela atividade, onde a disseminação de conhecimentos que repassamos às idosas se deu de maneira dinâmica. Concluímos que a relevância em se realizar estas atividades novamente se faz presente em nosso contexto de trabalho, devido ser indiscutível a importância da prevenção e promoção da saúde, da informação, da orientação ao auto cuidado, visando uma melhor qualidade vida a todas elas. Reconhecer o papel da enfermagem e das contribuições que elas trazem para a sociedade é de extrema estima para nós enquanto acadêmicos e cidadão, e ainda não basta reivindicarmos mudanças, precisamos acreditar nelas e consolida-las através de novas perspectivas do cuidado e do posicionamento enquanto transformadores deste modelo de atenção a saúde.

DESCRITORES: Promoção da saúde; Educação em Saúde; Idosos.

REFERÊNCIAS:

MONTEIRO, Claudete; **LUZ**, Maria Helena; **EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MULHERES IDOSAS: PROMOÇÃO DE CONQUISTAS POLÍTICAS, SOCIAIS E EM SAÚDE**; revisão de literatura; Scielo, 2006



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

CALDEIRA, Sebastião; MERIGHI, Miriam Aparecida; O ENFERMEIRO E O CUIDADO À MULLHER IDOSA: ABORDAGEM DA FENOMENOLOGIA SOCIAL; revisão de literatura; Scielo, 2012

SILVA, Susanne; MENANDRO, Maria Cristina; AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE E DE SEUS CUIDADOS PARA HOMENS E MULHERES IDOSOS; revisão de literatura; Scielo, 2014.

23

A DOENÇA DE CROHN: UM OLHAR MULTIPROFISSIONAL PARA O CUIDADO

ROLIM, Taila Carvalho de Aguiar¹

FREIRE, Fernanda Bueno Marinho ²

FERRAZ, Jeferson de Moura ³

BRANDÃO, Grazielle Garcia ⁴

JANTSCH, Leonardo Bigolin ⁵

Introdução: A doença de Crohn (DC) é uma doença crônica inflamatória intestinal, que atinge geralmente o íleo e o cólon (KUMAR et al. 2008). Podendo afetar o duodeno, estômago, esôfago e até mesmo a boca, porém esses locais são claramente incomuns (COTRAN et al. 2000). As principais características clínicas incluem: febre, dor abdominal, mais frequentemente cólica de localização comumente difusa, diarreia e fadiga generalizada (SARLO et al. 2008). A prevalência e a incidência em países desenvolvidos situam-se em torno de 5:100.000 e 50:100.000 respectivamente (BRASIL. Portaria SAS/MS nº 966 de 2014). Uma estimativa da prevalência na cidade de São Paulo encontrou uma prevalência de 14,8 casos por 100.000 habitantes (BRASIL. Portaria SAS/MS nº 966 de 2014). A DC inicia mais frequentemente

¹ Relatora. Acadêmica do 4º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Acadêmica do 4º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

³ Acadêmico do 4º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁴ Acadêmica do 4º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁵ Orientador. Docente da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

na segunda e terceira décadas de vida, mas pode afetar qualquer faixa etária (BRASIL. Portaria SAS/MS nº 966 de 2014). Descobrir uma doença crônica inflamatória, como a doença de Crohn, traz a vivência da condição crônica para o paciente (CASTELLI et al. 2007). A complexidade desta enfermidade requer uma abordagem multiprofissional para que o paciente possa ter uma boa qualidade de vida, visto que a doença representa uma condição crônica de saúde (MICHELONE et al. 2004). Nessa perspectiva, o presente estudo, tem por objetivo: Discutir sobre a Doença de Crohn e a abordagem multiprofissional no cuidado a pacientes com o diagnóstico desta doença. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, vivenciado por acadêmicos de enfermagem, que partiu de uma discussão em sala de aula. O relato visa apresentar a percepção de acadêmicos de enfermagem quanto ao cuidado multiprofissional ao paciente com diagnóstico de doença de Crohn. A discussão foi realizada na disciplina de Cuidado Humano I, no mês de abril de 2016, quando foram trabalhadas temáticas relacionadas a absorção e digestão no ser humano. Os autores, enquanto coordenadores da discussão, fomentaram a discussão em sala de aula, com a explanação teórica da doença bem como as demandas de cuidado, nesta condição crônica de saúde. O relato parte de um aprofundamento teórico, quanto a patologia, bem como a experiência dos acadêmicos nessa relação entre discussão teórica e prática do cuidado. **Resultados e Discussão:** A doença de Crohn ainda é um desafio para os médicos e parece mostrar em todo o mundo uma tendência de aumento na sua incidência (STEINWURZ et al. 1999). A DC não é curável clínica ou cirurgicamente e sua história natural é marcada por agudizações e remissões (BRASIL. Portaria SAS/MS nº 966 de 2014). A doença de Crohn só é considerada sob controle quando os índices de atividade caem os exames laboratoriais melhoram e os principais sintomas desaparecem. Ainda assim, para quem tem a doença o acompanhamento médico regular é indispensável (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2012). Os medicamentos disponíveis atualmente reduzem a inflamação e habitualmente controlam os sintomas, mas não curam a doença (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE COLITE ULCERATIVA E DOENÇA DE CROHN, 2014). Embora não seja de notificação compulsória e de não haver



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

dados epidemiológicos consistentes sabe-se que a patologia se encontra crescente no Brasil (MARQUES et al.2013). Por apresentar uma etiologia desconhecida a DC requer o apoio de uma equipe multiprofissional e não apenas o atendimento médico pois o tratamento clínico é em grande parte empírico, visando em grande parte a redução da inflamação (CASTELLI et al. 2007). As alterações da integridade físico-emocional por desconforto, dor, desfiguração, dependência e perda da autoestima são relatadas por esses doentes que percebem a qualidade de suas vidas profundamente alterada, num curto período de tempo (MICHELONE et al. 2004). O trabalho da equipe multiprofissional poderá dar aos pacientes motivação para vencer o desafio de viver com a doença (CASTELLI et al. 2007). O tratamento da doença pode envolver suplementação nutricional, medicamentos específicos, cirurgia ou até mesmo uma combinação dessas alternativas. Como a Doença de Crohn não tem cura, o tratamento objetiva aliviar os sintomas e controlar a evolução das inflamações (COTRAN et al. 2000). Além disso, mesmo que a relação não esteja completamente comprovada, é interessante o controle dos níveis de estresse ligados à ansiedade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE COLITE ULCERATIVA E DOENÇA DE CROHN, 2014). Para tanto, o acompanhamento psicológico pode ser importante (CASTELLI et al. 2007). O enfermeiro, trata dos cuidados e tem a percepção das necessidades do paciente (SARLO et al. 2008). O fato do paciente ser esclarecido sobre a doença pouco contribui para a remissão dos efeitos da doença e seu sofrimento. A terapêutica deve estabelecer uma harmonia da pessoa com seu ambiente e consigo mesma (CASTELLI et al. 2007). As respostas físicas e emocionais dos pacientes à doença são muito variáveis (SARLO et al. 2008). Uma abordagem multiprofissional que ofereça apoio e que expresse simpatia faz com que o paciente possa vir a aceitar a doença, simpatizar e confiar na assistência prestada, contribui para a melhora do paciente. O fato de a doença não ter cura faz com que alguns pacientes se assustem muito com o diagnóstico, pois a grande maioria nunca apresentou nenhuma outra doença, e a partir desse momento terão que fazer acompanhamento médico, tomar remédios, fazer exames periódicos e frequentar ambientes hospitalares e consultórios (SARLO et al. 2008). A instabilidade emocional pode piorar crises e leva-los a um



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

período de atividade da doença (SARLO et al. 2008). Profissionais da enfermagem, nutrição, psicologia, médicos especialistas, podem juntos proporcionar os pacientes uma perspectiva melhor de qualidade de vida (SARLO et al. 2008). Os enfermeiros e demais elementos da equipe de saúde, envolvidos com essa clientela, devem ter uma visão mais ampliada sobre os sentimentos aflorados frente à doença, às suas sequelas e aos resultados alcançados no processo reabilitatório dos pacientes (MICHELONE et al. 2004). Estabelecer uma comunicação verbal ou impressa adequada com pacientes e familiares sobre os cuidados que são prestados e questionamentos realizados são importantes, pois facilita a implementação de ações/intervenções necessárias aos portadores da Doença de Crohn. Desta forma há uma facilidade em se controlar e manter qualidade na assistência de enfermagem (MARQUES et al.2013). Qualidade de vida é uma das mais interdisciplinares terminologias da atualidade, sendo utilizada em vários contextos de pesquisa, servindo como elo entre várias áreas especializadas do conhecimento como a sociologia, medicina, enfermagem, psicologia, economia, geografia, história social e filosofia (MICHELONE et al. 2004). Tentar compreender a natureza humana e conhecer o ser e sentir da pessoa é uma construção que precisa ser melhorada nos cursos da área de saúde para que os profissionais possam dar o suporte necessário aos pacientes e oferecer uma assistência de enfermagem adequado (SARLO et al. 2008). **Conclusão:** Ao final deste trabalho aprendemos sobre a Doença de Crohn, uma das doenças que acometem o processo de absorção dos alimentos. A DC, mesmo possuindo característica de doença somática, representa afecção que vão muito além da alteração intestinal, de forma isolada. Compreendemos a importância do acompanhamento multiprofissional para esses pacientes e o benefício que o trabalho em equipe proporciona para o paciente dando a ele uma melhor qualidade de vida. Aprendemos que trabalho em equipe só se constrói com os profissionais em sincronia, onde um colabora com outro dentro do seu conhecimento para proporcionar os benefícios que os pacientes que necessitam.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Descritores: Doença de Crohn; Equipe De Assistência Ao Paciente; Doença crônica; Enfermagem.

REFERÊNCIAS

27

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE COLITE ULCERATIVA E DOENÇA DE CROHN. Disponível em: <<http://abcd.org.br/sobre-a-doenca-de-crohn/>> . Acessado em 05 de maio de 2016.

BRASIL. Portaria SAS/MS nº 966, de 2 de outubro de 2014. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Crohn. **Diário Oficial da União** nº 191, de 03 de outubro de 2014, Seção 1, página 44

CASTELLI, Andrea; SILVA, Maria Júlia Paes da. "**Faz isso, faz aquilo, mas eu tô caindo...**": compreendendo a Doença de Chron. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 41, n. 1, p. 29-35, Mar. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 02 Maio 2016.

COTRAN, Ramzi s.; KUMAR, Vinay; COLLINS, Tucker. **Patologia estrutural e funcional.** 6º ed. Rio de Janeiro- RJ: Guanabara Koogan S.A, 2000.

KUMAR, Vinay; et al. **ROBBINS: PATOLOGIA BÁSICA.** 8. ed.. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2008.

MARQUES, Emilia Mattos; OLIVEIRA, Tereza Cristina de. **Assistência de enfermagem á portadores da doença de Crohn: uma revisão de literatura.** In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA E EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM ,2013, Rio Vermelho Salvador – Bahia.

MICHELONE, Adriana de Paula Congro; SANTOS, Vera Lúcia Conceição Gouveia. **Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 12, n. 6, p. 875-883, Dec. 2004.

SARLO, Roberta Soares; BARRETO, Carolina Ribeiro; DOMINGUES, Tânia Arena Moreira. **Compreendendo a vivência do paciente portador de doença de Crohn.** Acta paul. enferm., São Paulo , v. 21, n. 4, p. 629-635, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 02 maio 2016.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN-DOENÇA DE CROHN. Disponível em: <<http://www2.einstein.br/einstein-saude/pagina-einstein/Paginas/doenca-de-crohn.aspx>>. Acessado em 05 maio de 2016.

STEINWURZ, Flavio. **Estudo evolutivo de fístulas na doença de Crohn.** Arq. Gastroenterol., São Paulo , v. 36, n. 4, p. 207-209, dez. 1999 . Disponível em



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28031999000400008&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 30 abr. 2016.

PERCEPÇÕES DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM FRENTE O DIGNÓSTICO TARDIO DE NEOPLASIAS DE MAMA

28

LENCINA, Ben-Hur¹
MORETTI, Luciani²
LOOSE, Zair³
PARNOV, Bruna Machado⁴

Introdução: É o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele não melanoma, respondendo por cerca de 25% dos casos novos a cada ano. O câncer de mama também acomete homens, porém é raro, representando apenas 1% do total de casos da doença. Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta idade sua incidência cresce progressivamente, especialmente após os 50 anos. Estatísticas indicam aumento da sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Existem vários tipos de câncer de mama. Alguns evoluem de forma rápida, outros, não. A maioria dos casos tem bom prognóstico (INCA). Assim como outros tipos de câncer, o câncer de mama está associado a inúmeros fatores de risco, sendo os principais: o envelhecimento, história de câncer na família e menopausa tardia (após os 50 anos de idade). Devido à sua alta frequência e pelas repercussões psicológicas que acarreta, o câncer de mama é o mais temido pelas mulheres, uma vez que afeta a percepção da sexualidade e da própria imagem corporal. Se detectado precocemente, por meio da autopalpação das mamas ou mamografia, procedimentos que devem ser realizados regularmente, o câncer de mama pode ter seus efeitos atenuados, devido ao registro de tumores primários menores e número reduzido de

¹ Acadêmico do 5º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Acadêmica do 5º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

³ Supervisora Professora da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁴ Professora da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

linfonodos axilares invadidos pela massa tumoral. O câncer de mama possui progressão lenta e, se diagnosticado precocemente, apresenta considerável aumento na possibilidade de cura ou prolongamento da sobrevida. É raro antes dos 35 anos, porém acima desta faixa etária sua incidência é rápida, crescente e progressiva. (SOUZA et.al., 2015). O carcinoma ductal *in situ*, também conhecido como carcinoma intraductal, é considerado não invasivo ou câncer de mama pré-invasivo. A diferença entre o carcinoma ductal *in situ* invasivo ou carcinoma invasivo, é que as células não se espalharam através dos ductos para o tecido mamário adjacente. O carcinoma ductal *in situ* é considerado um pré-câncer, pois em alguns casos pode se tornar um câncer invasivo. O atraso no tratamento do câncer de mama pode ocorrer em três momentos: do momento em que a mulher apresenta a sintomatologia até sua chegada ao serviço de saúde; o segundo momento é posterior ao atendimento médico, e se refere ao intervalo desse atendimento até o acesso à especialidade para a confirmação diagnóstica e, por último, o intervalo entre esse acesso e diagnóstico até o início do tratamento para a neoplasia em questão. A mesma mulher pode sofrer atraso em várias etapas do seu diagnóstico e tratamento. A demora pode prejudicar o prognóstico das pacientes, reduzindo as chances de cura por crescimento e evolução do tumor. Existe uma associação entre atraso no diagnóstico e tratamento com pior sobrevida livre da doença, ocorrência de metástase linfonodal, tamanho do tumor e estadiamento tardio, já a detecção precoce relaciona-se com maiores taxas de cura. A demora entre o diagnóstico e o início do tratamento agrava o câncer de mama, tornando-o progressivo e irreversível. Dessa forma, em 2012, a Lei N°12.732, de novembro de 2012, garantiu ao paciente oncológico o direito ao início do tratamento em um período igual ou inferior a 60 dias após confirmado o diagnóstico. (FUSTINONI et.al., 2015). Objetivo: Relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem no cuidado à uma paciente com neoplasia de mama em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência a partir do acompanhamento realizado a uma paciente com câncer de mama, realizado durante as aulas Práticas de Saúde Coletiva II



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Santa Maria. Para auxiliar na compreensão do caso foi realizada uma entrevista à paciente durante o atendimento, na qual foram colhidas informações do início e da atual evolução da sua doença. As perguntas realizadas foram as seguintes: 1. Quando apareceu o primeiro sintoma? - 2. Por que deixou passar muito tempo para procurar a assistência à saúde? - 3. Como você se sente sendo mulher diante do diagnóstico e do tratamento? - 4. Sobre o encaminhamento para o grupo de psicologia, qual sua opinião e o que mudou para o cuidado? - 5. Qual a sua expectativa com o tratamento? Para o embasamento teórico foram selecionados 3 artigos sobre a temática, disponíveis no Scientific Electronic Library Online (SciELO). Resultados: A paciente possui 42 anos, sendo que a média do tempo entre o diagnóstico e o início do seu tratamento foi de 4 (quatro) meses. Chegar ao serviço sem diagnóstico e tratamento anterior, bem como estar em estadiamento inicial favoreceram o acesso ao tratamento (MATOS et.al., 2015); O intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi significativo para o desfecho da ruptura do tecido muscular mamário, lesando totalmente a mama deixando com uma ferida exposta e odor fétido. Neste caso, a paciente não iniciou o tratamento por alguns motivos em comuns relatados durante sua entrevista tais como: “a crença na religião em que um milagre aconteceria”; desconhecimento e descaso sobre a doença; medo inicial de enfrentar a doença e ficar mutilada. As respostas obtidas na entrevista foram: 1. “Começou em janeiro de 2015, que percebi um “caroço” na mama esquerda ao apalpar durante ao banho.” 2. “Foi por causa da minha situação financeira, porque não tinha como deixar de trabalhar. Eu trabalhava como cuidadora e também não tinha quem me substituísse.” 3. “Em primeiro momento fiquei sem chão, mas com a fé e acreditando em Deus pra não me deixar cair. Procuro estar sempre pensando em alguma coisa, ou olhando televisão pra ocupar a cabeça pra não deixar ela vazia. Sempre me ocupo fazendo alguma coisa pra não entrar em depressão, mas sempre me pergunto o porquê que aconteceu comigo? O tratamento está sendo muito bom. Estou tendo um acompanhamento com assistente social e estou muito satisfeita com o atendimento dos médicos e da equipe de enfermagem. O ruim



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

de tudo é que depois da quimioterapia ando sentindo muito enjoo e tonturas.”

“Gostei muito. Elas são muito interessadas no meu assunto. Me ajudou ficar com a cabeça mais calma e as conversas com a psicóloga me auxiliou nas minhas atitudes em casa e na rua. Ter com quem conversar é importante.” 5.

“Minha expectativa é grande e voltar a ter uma vida normal. Tenho uma vizinha que teve o mesmo problema que o meu e se curou.” As mulheres costumavam chegar ao serviço encaminhado pela Unidade Básica de Saúde (UBS), sem confirmação de diagnóstico e sem tratamento anterior. **Considerações Finais:** Muito se tem pesquisado a respeito da relação do ser humano com seu corpo e, mais especificamente, sobre a relação deste com um corpo estranho, no caso do câncer, um tumor. Nos últimos anos o câncer tem sido alvo de diversos estudos e campanhas de prevenção. Percebemos que o câncer, e aqui falamos mais especificamente do câncer de mama, parece ainda ser uma doença carregada de estigmas e preconceitos, mesmo diante do aumento do índice de sobrevivência de pacientes com esse diagnóstico. Quanto mais precoce detectar o diagnóstico, maior a chance de resultados positivos. Diante deste dado, as campanhas preventivas podem estar deixando a desejar quanto a sua função de detecção precoce da doença, o que nos leva a pensar em uma necessidade de sua reformulação. Caso essas campanhas fossem reavaliadas, informando com mais clareza os procedimentos para realização eficaz do autopalpação, de acordo com as necessidades das mulheres, poderíamos ter um número maior delas realizando adequadamente essa prática. Porém, não podemos ignorar a possibilidade de que, mesmo realizando essas reformulações, o objetivo pode não ser atingido, em virtude da existência de mecanismos psíquicos de negação e do estigma associado ao câncer de mama. A doença viria romper com essa negação, fazendo o homem se deparar com a mortalidade, reconhecendo que não é um ser onipotente, ou seja, que é um ser humano capaz de adoecer, sofrer e morrer. Assim, o temor de encontrar algo estranho na mama pode ser uma das questões que se encontram associadas a não-prática ou à prática inadequada do autopalpação. A reabilitação do paciente com câncer e o seu reajustamento na sociedade dependem, de forma geral, da formação de uma equipe multiprofissional que trabalhe de forma integrada, mantendo um



ANAIAS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

relacionamento acolhedor e de satisfação com o paciente e seus familiares. O psicólogo exerce um papel fundamental junto a essa equipe, tendo em vista o atendimento das necessidades emocionais da mulher que vivencia o diagnóstico e o tratamento da doença. A idéia de que a mulher pratique a autopalpação das mamas de forma correta tem como base a educação em saúde nas UBS realizada pelos profissionais de saúde. Pensamos que, enquanto nós, profissionais da saúde, estivermos abertos a tentar compreender o ser humano de forma mais integrada, estaremos contribuindo para o conhecimento científico, bem como para novas reflexões e possíveis alternativas sobre o tema. Este trabalho proporcionou uma abordagem direta com a usuária, colocando em prática as teorias da disciplina de Saúde Coletiva II.

DESCRITORES: Neoplasias de mama, carcinoma ductal, fator de risco, linfonodo, auto-exame.

REFERÊNCIAS:

A prática do auto-exame das mamas em mulheres de uma comunidade universitária. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n2/v10n2a10.pdf>> Acesso em: 6 abr. 2016

Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3805.pdf>> Acesso em: 6 abr. 2016

Repercussões Psicológicas do Adoecimento e Tratamento em Mulheres Acometidas pelo Câncer de Mama¹. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n4/v23n4a0>> Acesso em: 6 abr. 2016

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO CUIDADO AO RN COM LÁBIO LEPORINO E FENDA PALATINA.

DIAS, Elizabete¹
SANTOS, Erica²
FREITAS, Joseane³
ASSUMPÇÃO, Priscila Kurz de⁴

33

INTRODUÇÃO: O período gestacional é um período de muita expectativa para os pais, principalmente para a mulher. Durante a gestação, tanto a mãe quanto o pai idealizam seu bebê e esperando por uma criança perfeita. Quando ocorre um desvio do que era esperado, o nascimento de uma criança malformada, os pais sofrem a eclosão de emoções e sentimentos inesperados para aquele momento. O filho malformado fere o narcisismo materno, infringe sua fantasia de perfeição, revelando suas limitações e a sensação de incapacidade de gerar uma criança saudável (CUNHA, 2007). Nas malformações craniofaciais, no caso a fissura de lábio, em que o defeito é na face, o processo de aceitação dos pais é mais difícil, por serem facilmente visualizadas e identificadas como anormalidade. As fissuras orais (FO) são malformações congênitas, popularmente denominadas lábio leporino, pelo defeito se parecer com o lábio de lebre. Uma malformação pode ser definida como uma alteração morfológica de um órgão, ou parte dele, resultante de um desenvolvimento intrinsecamente anormal. A fissura resulta do não fechamento de processo frontonasal e maxilar nos primeiros dias do embrião, podendo estar associada às outras anomalias congênitas ou isolada. A etiologia das fissuras labiopalatais constitui-se por herança multifatorial causada pela associação de fatores ambientais e genéticos. **OBJETIVO:** Identificar a importância da equipe de enfermagem no cuidado ao recém-nascido com lábio leporino e fenda palatina. **METODOLOGIA:** Optou-se por uma pesquisa bibliográfica do tipo descritiva. A

¹ Relatora. Acadêmica do 7º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Acadêmica do 7º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

³ Acadêmica do 7º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁴ Professora da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Pesquisa bibliográfica é a atividade de localização e consulta de fontes diversas de informações escritas, para coletar dados gerais ou específicos a respeito de um tema. A pesquisa foi realizada por meio de revisão de literatura nas bases de dados eletrônicas SCIELO através dos registros de artigos científicos publicados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no período de 2005 a 2011 utilizando como palavras-chave para pesquisa: lábio leporino, enfermagem, pediatria. **RESULTADOS:** Desvios e falhas no processo embrionário podem resultar na malformação do embrião (CUNHA, 2007). Segundo PICCIN (2007), o diagnóstico precoce é importante tanto para o preparo emocional dos pais quanto para a equipe de saúde que deve estar organizada e preparada ao realizar os primeiros atendimentos. As crianças com fissuras orais são geralmente tratadas em centros de referência para malformações craniofaciais. Para tratá-las são necessárias várias correções cirúrgicas funcionais e estéticas, com a atenção constante de profissionais médicos pediatras, cirurgiões plásticos, otorrinolaringologistas e geneticistas, enfermeira, fonoaudióloga, odontólogo, psicólogo, assistente social, nutricionista, entre outros. O tratamento, muitas vezes, torna-se um processo longo que inclui o acompanhamento dos pais por uma equipe multidisciplinar. A ocorrência da fissura labial é maior que a da Síndrome de Down. A cada dois minutos, uma criança nasce com algum tipo de fissura, seja ela labial e/ou palatina no mundo (AQUINO, 2011). O desenvolvimento do palato inicia-se no final da quinta semana e não se completa antes da 12ª semana, sendo o período propício à malformação o final da sexta semana até o início da nona semana. O palato se desenvolve em duas etapas: primário e secundário. O palato primário é uma massa mesênquima em forma de cunha entre as superfícies internas das saliências maxilares das maxilas em desenvolvimento, ou seja, ele forma a parte pré-maxilar da maxila. O secundário é composto por partes duras e moles do palato, começa a desenvolver-se a partir de duas projeções mesenquimais que se estendem das faces internas das saliências maxilares (MOORE; et al, 2008). As fissuras são classificadas em: pré-forame incisivo, transforame incisivo, pós-forame incisivo (FARAJ; et al, 2007) As implicações inerentes às fissuras são descritas na literatura sob três aspectos: estético, funcional e emocional. A estética, é o aspecto mais facilmente



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

reconhecido, uma vez que a lesão encontra-se na face, deformando o semblante de seu portador. Já entre as alterações funcionais encontram-se as dificuldades para a sucção, deglutição, mastigação, respiração, fonação e audição, nos mais variados graus de comprometimento dependendo do tipo e extensão da fissura (GARDENAL, 2011). Logo ao nascer, a principal dificuldade enfrentada pelo recém-nascido refere-se à alimentação, pois a fissura impede a formação do vácuo relativo que permite a sucção do leite do mamilo ou da mamadeira (OTTO; et al, 2005). Para obter sucesso na amamentação em crianças com fissura labiopalatais os dois membros (mãe e filho) precisam de orientação constante e apoio da equipe multiprofissional. Quando a malformação é constatada antes do parto os profissionais já podem estar trabalhando com essa mãe nesse período, fornecendo explicações importantes sobre o benefício do aleitamento materno e das técnicas que serão necessárias para alcançar o objetivo de amamentar o seu bebê (CALIL; et al, 2008). Obstáculos referentes à alimentação resultante da malformação lábio palatal ou incapacidades de ingerir nutrientes durante os primeiros meses de vida geram processos infecciosos em vias aéreas superiores, incluindo ouvido médio e causa ainda deficiência no crescimento (MONTAGNOLI et al., 2005). Existem recursos alimentares disponíveis para a criança com fissura de diferentes tipos, podendo ser utilizados antes da correção cirúrgica com o propósito de reduzir complicações consequentes do baixo ganho de peso. E a alimentação deve ser adequada ao seu valor nutricional para ajudar na absorção de calorias eficientes para o crescimento e desenvolvimento do bebê (AMSTALDEN, et al, 2006). Bebês com fissura lábio palatinos deverão ser alimentados na mamadeira ou na colher com o leite extraído da própria mãe (GOUVÊA, 2008). O recém-nascido deve ser ajudado a fazer a pega correta em uma posição em que o tecido mamário possa vedar a fenda impedindo o escape de ar e de leite (AMSTALDEN, 2006). Crianças com estas alterações congênicas enfrentam obstáculos em relação à pega e a ordenha do leite no seio materno. Por esse motivo o bebê deve ser mantido em posição vertical ou semi-vertical para conseguir engolir o leite sem o risco de um refluxo pelas narinas. É importante que a mãe experimente várias posições para oferecer conforto ao seu bebê, dificilmente a criança fissurada conseguirá ser



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

amamentada de maneira tradicional, e o posicionamento do lactente é fundamental para o sucesso de uma boa pega ao seio materno. Os profissionais devem observar as mamadas dos lactentes e ajudar a mãe escolher as melhores posições que ela desempenhou junto ao seu bebê (GOUVÊA, 2008). **CONCLUSÃO:** Os autores dos artigos em sua maioria esperam que os pais se preocupem com seus filhos, e quando o filho tenha algum problema de saúde essa preocupação aumente. Portanto, essas famílias devem ser acompanhadas, durante o longo tratamento, por uma equipe multiprofissional, para que a criança não seja negligenciada ou superprotegida. Em ambas as situações haverá interferência no seu processo de desenvolvimento. O profissional enfermeiro inicia neste momento seu trabalho de estreitamento do elo família/enfermagem, interagindo diretamente com a mãe, fato que é constatado que ao receberem apoio e orientações adequadas nas primeiras semanas de interação com seus filhos sentem-se mais seguras. Crianças que são amamentadas sofrem menos internações por conta de otites, pneumonias e infecções de vias aéreas superiores. Mas para obtermos sucesso no tratamento das crianças fissuradas é necessária uma equipe de profissionais multidisciplinares que façam com que o tratamento aconteça de forma sincronizada permitindo que o tratamento chegue até o final. A equipe de enfermagem deve esclarecer as dúvidas dos pais durante a permanência da criança hospitalizada, proporcionando os cuidados necessários à criança após a alta hospitalar. Portanto, conclui-se que é imprescindível conhecer a realidade dos pacientes e de sua família para conhecer suas dúvidas, seus anseios e suas vivências para que se possa cuidá-los de maneira adequadas.

PALAVRAS-CHAVE: Lábio leporino; enfermagem; pediatria.

REFERÊNCIAS

- AMSTALDEN, M.L.G.; GIL S.L. Fenda de lábio e ou palato: recursos para alimentação antes da correção cirúrgica. **Revista de Ciências Médicas**, n. 5, v. 15, Campinas, set./out. 2006.
- AQUINO, Sibeles Nascimento de et al. Estudo de pacientes com fissuras palatinas com pais consanguíneos. *Journal of Otorhinolaryngology*, n. 1, v.77, São Paulo, Feb. 2011.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

CALIL, V. M. L. T.; VARGAS, N. S. O. Contraindicações ao aleitamento materno. In: ISSLER, Hugo. **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas**. São Paulo: Sarvier, 2008.

CUNHA, E.C.M. et al . Antropometria e fatores de risco em recém-nascidos com fendas faciais. **Rev. bras. epidemiol.**, n. 4, v. 7, São Paulo, 2007.

FARAJ, J.O.R.A.; ANDRÉ, M. Alterações dimensionais transversas do arco dentário com fissura lábio palatina, no estágio de dentadura decídua. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, n. 5, v. 12, set./out, 2007.

GARDENAL, M. et al . Predominance of orofacials fissure diagnosed in reference service in resident cases in Mato Grosso do Sul State., **Arq. Int. Otorrinolaringol.** n. 2, v. 15, p. 133-141, São Paulo, Jun, 2011.

GOUVÊA, L. C. Aspectos clínicos. In: ISSLER, Hugo. **O aleitamento materno no contexto atual: políticas, prática e bases científicas**. São Paulo: Sarvier, 2008.

MONTAGNOLI, L. et al. Prejuízo no crescimento de crianças com diferentes tipos de fissura lábio-palatina nos 2 primeiros anos de idade: um estudo transversal. **Jornal de Pediatria**, n. 6, v. 81, Porto Alegre, nov./dez. 2005.

MOORE, K.L.;PERSAUD, T.V.N. **Embriologia clínica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

OTTO, P. G.; OTTO, P. A.; PESSOA, F.O. **Genética humana e clínica**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2005.

PICCIN, S.; MACHADO, A. D.; BLEIL, R. T. Nutritional status and breast feeding among children with cleft lips and palates from Cascavel/Paraná. **rev. Soc. Bras. Alim. Nutr**, n. 3, v. 34, p. 71-83, São Paulo, dez. 2009.



ANAIAS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

A IMPORTANCIA DA IDENTIFICAÇÃO DA SÍNDROME BURNOUT NA ENFERMAGEM: CAUSAS E EFEITOS

PIPPI, Renata Gomes¹
DAMACENO, Adalvane Nobres²

38

INTRODUÇÃO

A enfermagem na sua labuta diária esta suscetível a inúmeros e silenciosos riscos no seu ambiente de trabalho, sejam eles riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes de trabalho, por meio das normas regulamentadoras (BRASIL, 2011). Os profissionais da enfermagem ao ver de Luongo e Freitas (2012) têm sua intensa carga trabalhista e aos meios inadequados para o desenvolvimento de suas funções, a quantidade de tempo disponibilizado dos enfermeiros com os doentes, exigências emocionais, entre outros, acabam por desenvolver doenças ocupacionais e doenças do trabalho, sendo causadoras da incapacidade e absenteísmo a este profissional. Para França e Ferrari (2012) houve uma progressiva preocupação com as condições de trabalho, a satisfação pessoal do profissional, seu bem-estar e ainda a interferência do trabalho na saúde do trabalhador fez com que surgisse um novo modelo de políticas de saúde que trouxe consigo a discussão a respeito da Saúde do Trabalhador, exigindo a introdução de novas práticas. Ainda em estudo dos autores supracitados o ser humano está sujeito a diversas situações de estresse que podem surgir ao longo de sua vida. A equipe de enfermagem rotineiramente é exposta à sobrecarga física e mental nas demandas de seu trabalho, como situações de emergência que impõem tarefas que sobrecarregam o profissional. Ainda esta situação é potencializada com a jornada de trabalho, frequentemente, extensa, duplicada e, às vezes, acompanhada de plantões. Sendo também relevante a intensão de trabalhadores de enfermagem a romper com seu vinculo trabalhista devido as, mas condições de trabalho, que gera insatisfação, afetando a qualidade da

¹ Acadêmica do 3º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Professor da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

função exercida. Sendo esta uma constatação no dia a dia da enfermagem, para Ferrari e França (2012), reconheceram a Síndrome Burnout como um agravante na saúde dos trabalhadores da área da saúde, destacando-se na enfermagem, afetando o psíquico desse profissional de forma marcante e até mesmo assoladora. A Síndrome Burnout se evidencia por três fatores: a exaustão emocional, caracterizada por falta ou privação de energia e ou esgotamento emocional; despersonalização que se define como falta de sensibilidade e flexibilidade para responder as pessoas relacionadas ao seu serviço; baixa realização profissional, ou seja, diminuem-se emocionalmente na capacidade de relacionamento e trabalho com pessoas. De acordo com Teixeira (2007) deve-se diferenciar a Síndrome Burnout que corresponde ao estresse laboral crônico de outras formas de respostas ao estresse. Sendo que Burnout caracteriza-se pelo envolvimento de atitudes e condutas com clientes, relação interpessoal com colegas, e organização no trabalho de forma negativa, ocasionando prejuízos práticos e emocionais ao trabalhador enquanto que o quadro de estresse tradicional, não envolve atitudes e condutas, é um cansaço pessoal que mesmo interferindo na vida da pessoa não afeta diretamente seu trabalho e suas relações interpessoais. Ainda, o Ministério da Saúde (2001), o quadro evolutivo tem quatro níveis de manifestação: 1º nível - Falta de vontade, ânimo ou prazer de ir a trabalhar. Dores nas costas, pescoço e coluna. Diante da pergunta o que você tem? Normalmente a resposta é "não sei, não me sinto bem" Segundo o Ministério da Saúde (2001), o quadro evolutivo tem quatro níveis de manifestação: 2º nível - Começa a deteriorar o relacionamento com outros. Pode haver uma sensação de perseguição ("todos estão contra mim"), aumenta o absenteísmo e a rotatividade de empregos. 3º nível - Diminuição notável da capacidade ocupacional. Podem começar a aparecer doenças psicossomáticas, tais como alergias, psoríase, picos de hipertensão, etc. Nesta etapa se começa a automedicação, que no princípio tem efeito placebo, mas, logo em seguida, requer doses maiores. Neste nível tem se verificado também um aumento da ingestão alcoólica. 4º nível - Esta etapa se caracteriza por alcoolismo, drogadicção, ideias ou tentativas de suicídio, podem surgir doenças mais graves, tais como câncer, acidentes cardiovasculares e outros. Pra os autores



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Barbosa, Pereira, Santos e Andreazi (2010) durante esta etapa, ou antes, dela, nos períodos prévios, o ideal é afastar-se do trabalho, além de no tratamento para a síndrome de Burnout, utilizarem psicoterapias, indicados quando os psicofarmacos são prescritos (antidepressivos e ou ansiolíticos que são indicados dependendo da gravidade de sintomas depressivos e ansiosos), sendo que a paciente precisa de um suporte emocional, pois se encontra fragilizado; também a intervenção psicossocial, ou seja, o afastamento do trabalho, já que o desempenho profissional é comprometido, se assim o médico achar necessário envolvendo o paciente nessa decisão. Especial atenção deve ser dada à realização de laudos, pareceres, atestados e emissão da CAT, visando ao reconhecimento social (incluindo dos seguros de saúde e/ou da Previdência Social) de um padecimento que, mesmo não apresentando lesão física aparente, compromete a capacidade de trabalhar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Ainda, de acordo com o Ministério da Saúde (2001), a prevenção dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho baseia-se nos procedimentos de vigilância dos agravos à saúde e dos ambientes e condições de trabalho. Utilizam conhecimentos médico-clínico, epidemiológicos, de higiene ocupacional, toxicologia, ergonomia, psicologia, entre outras disciplinas, valoriza a percepção dos trabalhadores sobre seu trabalho e a saúde e baseia-se nas normas técnicas e regulamentos.

OBJETIVO: O presente trabalho tem como objetivo identificar sinais e sintomas da Síndrome Burnout em profissionais da enfermagem. **METODOLOGIA:** O presente estudo foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica aleatória em livro e artigos encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). **RESULTADO E DISCUSSÃO:** A partir das publicações selecionadas, constatou-se que a Síndrome Burnout esta fortemente presente em trabalhadores da saúde, acometendo um índice elevado de enfermeiros, ocasionando sintomas que desestruturam seu psiquique, influenciando diretamente no seu desempenho funcional e pessoal, ocasionando até mesmo afastamento do enfermeiro, sendo um dos grandes causadores de doença laboral. Sendo assim, Barbosa, Santos e Andreazzi (2010) constataam a importância do reconhecimento de sinais e sintomas desse mal, dentro da equipe de saúde e a necessidade da procura por tratamento médico adequado. Sendo assim, é notória a



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

constatação da importância da percepção desse problema presente na saúde e seu bem estar, problema este que desencadeia um grande mal psíquico causando desconforto ao enfermeiro afetando seu desempenho na profissão refletindo diretamente em seus pacientes e relações sociais no ambiente do trabalho. **CONCLUSÃO:** Assim, mostra-se que a Síndrome Burnout esta presente no dia a dia dos profissionais da saúde, afetando principalmente a enfermagem, a partir dos meios em que se executam tarefas trabalhistas, comum do seu dia a dia, como os meios inadequados de realização dessas tarefas, sobre carga de trabalho, entre outros. Talvez não se possa e disseminar esse problema que é visto também como uma epidemia, mas atenuar, melhorando a qualidade de vida do enfermeiro dentro do seu ambiente de trabalho, dando assim o devido valor à profissão e o respeito por seus limites funcionais e laborais.

DESCRITORES: Enfermagem; Burnout; Serviço de Enfermagem.

REFERENCIAS

LUONGO, Jussara; FREITAS, Genival Fernandes. Enfermagem do Trabalho. Ed. 2 São Paulo. Editora Rideel. 2012

FRANÇA, Flávia Maria de. FERRARI Rogerio. Síndrome de Bournot e os aspectos socios-demograficos em profissionais da enfermagem. Act Paul Enferm. 2012. 25(5): 743-8.

TEIXEIRA. Maria. O burnout e os enfermeiros. Saúde mental e psiquiátrica. Act Paul Enferm. 2007. 24(2): 733-9.

BRASIL, Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2001.

BARBOSA, Danilo; PEREIRA, Marcela Santos; SANTOS, Luis Henrique Gomes; ANDREAZZI, Diego. Síndrome de burnout: correlação com a enfermagem - revisão da literatura: Revista Teórica. 2010.



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

TRABALHO DE SAÚDE COLETIVA II - PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

POHLMANN, Karini¹
BILHÃO, Caroline Adriele de Vasques²
LOOSE, Zair da Rosa³

42

Introdução: A vacinação é um dos mais importantes métodos usados para a prevenção de inúmeras doenças. É através das vacinas é possível imunizar as pessoas contra vírus e bactérias causadores de doenças graves que afetam a saúde e podem levar a morte. (JUNIOR, 2013). Algumas destas doenças podem ser eliminadas totalmente através do método de vacinação. A varíola é um importante exemplo de doença erradicada, seu último registro foi no ano de 1977, não sendo mais diagnosticada em nenhum lugar do mundo desde então. (BRASIL, 2014). O Ministério da Saúde disponibiliza, de forma gratuita, diversas vacinas como medidas preventivas de doenças graves. No Brasil estas são utilizadas desde o século XIX, mas somente no ano de 1973 que se foi elaborado um Programa Nacional de Imunização, o PNI. (BRASIL, 2014). O PNI foi criado com o intuito organizar as medidas públicas da vacinação no Brasil, a fim de se obter a redução da morbidade e mortalidade, por meio do controle e eliminação de determinadas doenças e, por consequência a um aumento na expectativa e qualidade de vida dos brasileiros. (JUNIOR, 2013). Segundo Junior (2013), o propósito do programa é ofertar os diversos tipos de vacinas a todas as crianças que nascem no país, assim procurando obter uma cobertura uniforme em todos os estados, municípios e bairros. Até 2010 o Programa Nacional de Imunizações utilizo os seguintes módulos para desenvolver o funcionamento do programa: Avaliação do Programa Nacional de Imunizações (SI- API); Sistema de Informação de Estoque e Distribuição de Imunobiológicos (SI-EDI); Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES); Sistema de Informação de Apuração de Imunobiológicos Utilizados (SI-

¹ Acadêmica do 5º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Acadêmica do 5º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

³ Supervisora. Professora da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

AIU); Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-Vacinais (SI-EAPV) e o Sistema de Informação do Programa de Avaliação de Instrumento de Supervisão (SI-PAIS). (BRASIL, 2011). No entanto o PNI em conjunto com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) desenvolveu o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), com o intuito de suprir os sistemas usados pelo PNI. (BRASIL, 2014). Diante do importante impacto que a imunização por meio das vacinas exerce na sociedade em que vivemos e da grande procura pelos serviços de vacinação em determinada Estratégia da Saúde da Família, evidenciou-se a necessidade de redirecionar o enfoque para a sala de vacinas da mesma. Durante o período de praticas da disciplina de Saúde Coletiva II, realizado na mesma, as acadêmicas de enfermagem do 5º semestre da Faculdade Integrada Santa Maria (FISMA) elaboraram um trabalho sobre o Programa Nacional de Imunização. **Objetivo:** Este trabalho visa instrumentalizar as ações dos profissionais de saúde e sistematizar a assistência a ser prestada aos usuários da Estratégia da Saúde da Família, assim fornecer subsídios para uma melhor efetuação da assistência aos seus usuários. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica narrativa, que abordará publicações na faixa temporal de até 10 anos, por intermédio de buscas em bancos de dados *online*. Foi realizado um levantamento através das de artigos indexados na biblioteca virtual da Scientific Electronic Library Online (Scielo) e na literatura científica e técnica da América Latina e Caribe (LILACS). **Resultados:** No ano de 2006 foram instituídas a Política Nacional de Atenção Básica visando à efetivação de atividades em saúde que abranjam o cidadão em si e toda a sociedade em que o mesmo está inserido, estas atividades envolvem desde a promoção da saúde e o tratamento, até a reabilitação da saúde. (BRASIL, 2014). Em 1994, é através da Estratégia da Saúde da Família (ESF), que surge como um plano no intuito de consolidar as ações em saúde implantadas neste nível de atenção primária, a qual possibilita aos profissionais de saúde organizar os serviços prestados na atenção do cuidado as famílias. (BRASIL, 2014). A ESF é um dos serviços de saúde em que a população tem acesso a vacinação, cabe à equipe estar atenta e investigar a situação em que se encontra o esquema vacinal na caderneta de vacinação de seus usuários, baseando-se no Calendário



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Nacional de Vacinação. Tanto os profissionais que atuam na sala de vacina e os demais profissionais da ESF devem estar preparados para possíveis ocasiões, a fim de se evitar perdas de realizar ou encaminhar o usuário a sala de vacinação. A equipe da sala de vacinas pode ser formada pelo enfermeiro e pelo técnico, o ideal é que existam, para cada turno de trabalho, dois vacinadores, mas o tamanho da equipe será influenciado pelo tamanho da população adscrita. A enfermagem é responsável pela supervisão, pelo modo como se dará o funcionamento da sala de vacinas, assim como é responsável pela permanente educação da equipe, a mesma deve ser capacitada para as atividades que deverá exercer, como o manuseio, administração e descarte do material de vacinação. (BRASIL, 2015). É também de responsabilidade da equipe de enfermagem orientar de maneira clara e respeitosa os usuários e registrar todo e qualquer procedimento realizado nos sistemas de informações do PNI. (BRASIL, 2014) O SI-PNI é um sistema de informação, no qual permite ao vacinador e ao usuário o registro em banco de dados de toda ou qualquer vacina realizada, assim como a localização do indivíduo vacinado, do mesmo modo o acompanhamento deste em vários lugares do Brasil. (BRASIL, 2014). Este sistema já está em funcionamento desde 2010, no entanto, a ampliação da aplicação deste novo sistema ainda não propeliu pela falta de dispositivos de informática em todas as salas de vacina do país (BRASIL, 2014). O PNI além de ser responsável pela distribuição de vacinas para a população brasileira de maneira gratuita através do Sistema Único de Saúde (SUS) é também responsável pela definição do Calendário Nacional de Vacinação. (BRASIL, 2015). O calendário vacinal é instituído conforme as diferentes situações, como a situação epidemiológica em que o país se encontra e a introdução de novas vacinas. Assim como a padronização técnica, a admissão de métodos inovadores com a adesão das vacinas rotineira junto com as campanhas de vacina, alcançando assim um papel fundamental na extinção da poliomielite e do sarampo (JUNIOR, 2013). **Considerações finais:** O PNI, desde a sua criação tem demonstrado grande importância no controle e eliminação de determinadas doenças, através das vacinas que são ofertadas pelo programa de imunização. É possível dizer que este é um dos maiores programas de políticas pública já implantada no Brasil. Durante toda a sua



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

história até a atualidade foram alcançados muitos avanços, como a erradicação da varíola e a expansão das vacinas para mais grupos de risco. Apesar da grande participação da população na procura pelas vacinas e pela vasta cobertura do programa em todo país, ainda existe grandes desafios a serem atingidos, como a ampliação deste programa a todas as unidades de atenção básica do município adquirir, como a capacitação continua do vacinador. Verificou-se ao longo do estágio a grande procura da população pelo serviço de vacinação em determinada ESF. Observou-se ainda que o Programa Nacional de Imunização possua uma grande estrutura e busca cada vez mais melhorar seu sistema de informação, informatizando cada vez mais as salas de vacinas a fim de proporcionar indicadores de vacinação mais fidedignos em todo o país. O compromisso e responsabilidade dos gestores, do profissional de saúde e da própria população são de extrema importância para que haja resultados mais positivos, a fim de assegurar a qualidade deste programa, tornando-se mais eficaz para a prevenção e erradicação de determinadas doenças.

45

DESCRITORES: Cobertura Vacinal, Imunização, Vacinação, Atenção Primária em Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva/ Secretaria de Vigilância a Saúde Departamento de Informática do SUS / Departamento de Vigilância Epidemiológica Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações**. Manual do sistema V.8. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Manual do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações SIIPNI**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância das doenças transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos Para a Vacinação**. Brasília, 2014.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota Informativa nº 149, de 2015**. Informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o Ano de 2016. Brasília, 2015.

JUNIOR, Jarbas da Silva. Secretário de Vigilância em Saúde. **40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 22(1): 7-8, jan-mar, 2013.

46

O AUTOCUIDADO DO ENFERMEIRO, BEM COMO A EQUIPE NO SETOR DE MATERIAL ESTERILIZADO (CME).

ABICH, Marcela Marta¹
OLIVEIRA, Nássara²
AZEVEDO, Lenisse da Silva³
DAMACENO, Adalvane Nobres⁴

Introdução: O Centro de Material e Esterilização (CME) é a área responsável pela limpeza e processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares. É nele que se realiza o controle, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares para as demais áreas de um hospital, pode ser centralizado, descentralizado ou semi-centralizado. Conforme Bartolomei (2006) CME é parte constitutiva de uma estrutura maior de prática de saúde atualmente dominante, porém dotada de especificidade. Segundo Espindola (2012) salienta que grande parte da população de trabalhadores em enfermagem é constituída por mulheres, o que pode comprometer a saúde dessas profissionais, considerando-se a sobrecarga de atividades, pois além da jornada laboral há um acréscimo de trabalho decorrente das responsabilidades sobre as tarefas domésticas, o que contribui para o adoecimento e, com ele a possibilidade de afastamentos por licença para

¹ Acadêmica do 3º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Acadêmica do 3º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

³ Acadêmica do 3º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁴ Professor da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANÁIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

tratamento de saúde que, por sua vez sobrecarrega outro trabalhador.

Objetivo: mostrar o auto cuidado do enfermeiro bem como a equipe de enfermagem no setor de centro de material esterilizado (CME). O serviço de Enfermagem no setor de CME, acredita na segurança da Esterilização do material para o paciente, e do auto cuidado do profissional que o manipula.

METODO: Foi realizada uma busca qualitativa, bibliográfica com acesso a base de dados e relação de artigos que contemplam o tema. **RESULTADO:** O serviço de Enfermagem em Central de Material acredita na segurança da esterilização do material para o paciente, e do auto cuidado com a manipulação do material para a lavagem, sendo que nunca devera ter agulhas e laminas de bisturi no material sendo descartados pelo instrumentador antes deser dispensado para a lavagem, é importante o uso de EPIs (equipamento de proteção individual) pelo profissional que o manipula, para evitar cortes e perfurações de agulhas nas mãos e braços. Além disso, se nota uma carência de conhecimento dos profissionais da área da saúde, pois se leva em consideração que o CME e uma peça chave para outros setores, sendo importante ter pessoal capacitado neste setor. **CONCLUSÃO:** apesar de todo o cuidado que se tem no setor de CME, sempre se deve planejar e implementar programas de treinamento e reciclagem que atendam às necessidades da área junto à Educação Continuada, adequar as condições ambientais, acidentes de trabalho com materiais contendo fluidos biológicos sendo prevalente o perfuro cortante, o que traz preocupação considerando o risco de desenvolvimento de doenças infecciosas. O ambiente os expõe em especial, a riscos físicos, biológicos e químicos, exposição a riscos psicossociais, também e um fator os quais podem causar prejuízo à saúde física e mental destes profissionais.

BIBLIOGRAFIA

BARTOLOMEI, S. R. ,LACERDA, R. A.**Trabalho do Enfermeiro no Centro de Material e Seu Lugar no Processo de Cuidar Pela Enfermagem.** Revista Escola de Enfermagem, USP. São Paulo, SP, 2006.

ESPINDOLA, M. C. G. ,FONTANA, R. T.**Riscos Ocupacionais e Mecanismos de Autocuidado do Trabalhador de Um Centro de Material e Esterilização.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, RS, Março de 2012.



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

ROMANO, J. C. , QUELHAS, M. C. F. **Central de Material e Esterilização.** Objetivos da enfermagem no CME. Disponível em <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/cme.htm>. Acesso em abril de 2016.

O CUIDADO DO ENFERMEIRO NA CONSULTA DE PUERICULTURA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PEREIRA, Aline¹
MORAES, Ana Paula Kunrath de²
FERREIRA, Vanderleia Teles³
AGUIAR, Michelle Almeida de⁴
ASSUMPÇÃO, Priscila Kurz⁵

INTRODUÇÃO: Caracteriza-se por puericultura o conjunto de regras e noções que tem por objetivo garantir o desenvolvimento e crescimento psíquico, físico e social da criança (OLIVEIRA; et al., 2013). A consulta de puericultura oportuniza acompanhar o crescimento e desenvolvimento integral da criança com o objetivo de monitorar a nutrição, imunização, medidas antropométricas, entre outros, fazendo a vigilância e a prevenção de agravos à saúde e a promoção de ações voltadas ao bem-estar infantil (BRASIL, 2012). De 1990 a 2014, o Brasil apresentou considerável decréscimo de registros na taxa de mortalidade de crianças com menos de um ano, passando de 47,1 para 14,4 óbitos para cada mil nascidos vivos, respectivamente (IBGE, 2014). Acredita-se que essa redução deve-se à melhoria das condições socioeconômicas e ao aumento da abrangência das ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no período (BRASIL, 2012). No caso das ações da ESF, destaca-se a atuação do enfermeiro na integralidade do cuidado à criança, utilizando-se da habilidade em orientar e informar sobre os cuidados indispensáveis a esta faixa etária (BRASIL, 2012). Devido à vulnerabilidade da infância e à importância de um cuidado singular nessa fase da vida, foi elaborada a seguinte questão de

¹ Acadêmica do 8º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

³ Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁴ Professora da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

pesquisa: Como está a atuação do enfermeiro na prática de atenção integral à saúde da criança na consulta de puericultura? O interesse pela temática ocorreu na realização do estágio acadêmico do 6º semestre no Centro Social Urbano. **OBJETIVO:** Analisar como está a atuação do enfermeiro na prática de atenção integral à saúde da criança na consulta de puericultura. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa em duas bases de dados indexadas. Sendo assim, foi realizada uma busca por produções científicas disponíveis online nas bases de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) com a seguinte estratégia de busca: “PUERICULTURA” [Palavras] and “ENFERMAGEM” [Palavras] and “ATENCAO PRIMARIA A SAUDE” [Palavras] em maio de 2016. Utilizou-se como critérios para inclusão ser artigo de pesquisa, estar no idioma português, responder à questão pesquisa, e estar disponível gratuitamente *online* na íntegra. A busca resultou em 9 estudos, sendo excluídos 2 por não serem artigos de pesquisa, 5 por não responderem a questão, 1 por estar no idioma inglês, finalizando em 2 artigos que compuseram o corpus do estudo. A análise ocorreu pela leitura exaustiva onde foi possível identificar os principais resultados dos artigos em relação à questão norteadora. **RESULTADOS:** Num estudo realizado em 2011 em Picos, Piauí, com 8 dos 21 enfermeiros do município, constatou-se que há lacunas no que tange as ações de enfermagem específicas a prática da consulta de puericultura. Os enfermeiros apresentaram dificuldades para trabalhar com a promoção da saúde infantil. As consultas apresentaram certo grau de vulnerabilidade, como característica principal a falta de plenitude. Eles não faziam da consulta de puericultura uma rotina no cuidado à criança devido ao excesso de atribuições que lhes eram conferidas (gestão e assistência), priorizando a assistência aos usuários com agravos à saúde. As mães relataram dar pouca importância a esta intervenção referindo-se a diminuta infraestrutura física e a falta de enfermeiros (OLIVEIRA; et al., 2013). No outro estudo, realizado no Maranhão, foi observado que nos locais onde a consulta de puericultura está a disposição de forma integral, há uma falta de informação e conhecimento condizente ao tema puericultura pelos pais (SOUSA; ERDMANN, 2012). Outro problema identificado nesse estudo é a dificuldade de



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

acesso aos serviços prestados pela rede devido às inúmeras incumbências impostas aos enfermeiros, que precisam atender um grande número de crianças num curto espaço de tempo. **CONCLUSÃO:** A puericultura abarca o cuidado integral e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Os estudos revisados mostraram que a atuação do enfermeiro na prática de atenção integral à saúde da criança na consulta de puericultura está aquém do seu potencial devido ao tamanho limitado dos espaços físicos e das equipes e a sobrecarga com outras atividades e falta de conhecimento pelas famílias. Os resultados sugerem a necessidade da ampliação do número de enfermeiros por equipe com o domínio técnico-científico cultural, e a compreensão da vulnerabilidade a que a criança está exposta. Isso permitirá a realização das ações de promoção e educação em saúde com vistas a qualificar a atenção integral do cuidado do enfermeiro na consulta de puericultura na ESF.

50

Descritores: Puericultura. Enfermagem. Estratégia de Saúde da Família.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento.** Caderno de Atenção Básica nº33. Brasília, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. Brasil em síntese. IBGE, Projeção da População do Brasil, 2013. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil> Acesso em: 03 mar. 2015.

OLIVEIRA, Francisco Fagner Sousa. et. al. Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 4, p. 694-703, 2013.

SOUSA, Francisca Georgina Macedo de. ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Qualificando o cuidado à criança na Atenção Primária de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 795-802, set./out. 2012.



ANAIAS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

LENDO NAS ENTRELINHAS

Junior, Angelo Ramos¹
Noal, Helena Carolina²

51

Introdução: A história da doença mental é relatada desde os primórdios da civilização, onde a pessoa considerada anormal era abandonada à sua própria sorte para morrer de fome ou por ataque de animais (SPADINI, 2006). A reforma psiquiátrica no Brasil acarretou modificações extraordinárias na forma de cuidar de pacientes com transtornos mentais, tendo como princípios a reestruturação da assistência psiquiátrica e a mudança de modelo centralizado do hospital psiquiátrico para um modelo onde envolvem os direitos humanos dos pacientes psiquiátricos (HIRDES, 2009). **Objetivos:** Realizar oficinas de leitura e discussão de temas atuais em ambiente extra hospitalar. Metodologia: as oficinas serão realizadas em ambiente extra hospitalar uma vez na semana, na Biblioteca Central Manoel Marques De Souza, localizada na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Fica determinado que em caso de mal tempo ou impossibilidade da saída de grupos de pacientes da Unidade Psiquiátrica devido a suas limitações (risco de fuga, risco de agressão, dificuldade de interação, psicose) ficarão todos restritos a unidade, será realizado assim a mesma oficina, só que dentro da própria Unidade, utilizando material (jornais, revistas) trazidos de casa com o mesmo tempo disponível para tal e mesmo tempo de discussão. As oficinas serão realizadas por acadêmico de enfermagem e funcionário do HUSM. Aproveitaremos as programações de televisão, telejornais para inserir como conteúdo de discussão. Resultados Esperados: esse plano de ação visa contribuir para a inclusão dos pacientes no meio social e como uma alternativa de tratamento que vai associar-se ao medicamentoso. **Conclusões:** o presente plano de ação está em andamento, por esse motivo não será apresentado conclusões.

¹ Acadêmico de enfermagem da FISMA/8º semestre – Estágio supervisionado I

² Prof. Enf. -Estágio supervisionado I da FISMA/8º semestre



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Descritores: Enfermagem Psiquiátrica; Hospitais de Ensino; Estudantes de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1 HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva* [en linea] 2009, 14 (janeiro-fevereiro): Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63014132> acesso em 11 de maio de 2016.

2 SPADINI, S.S.; SOUZA, M.C.B.M. – A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, V. 40, n. 1, p. 123 – 127. 2006. Disponível em www.ee.usp.br/reeusp acesso em 11 de maio de 2016.

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

MORAES, Ana Paula Kunrath de¹
RIBEIRO, Thiago Lopes²
PEREIRA, Aline³
FERREIRA, Vanderléia Teles⁴
ASSUMPÇÃO, Priscila Kurz de⁵

Descritores: Enfermagem. Gerência de Enfermagem. Atenção Básica.

INTRODUÇÃO: O trabalho gerencial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) vem passando por várias mudanças desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) determinando um perfil diferenciado para os gerentes cujas atividades se ampliam no dia a dia do trabalho. As instâncias decisórias, anteriormente centralizadas, passaram por um processo de descentralização deslocando a resolução dos problemas identificados para os níveis locais, mais

¹ Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Acadêmico do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

³ Acadêmica do 8º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁴ Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁵ Professora da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

próximos dos usuários, aumentando, conseqüentemente, as responsabilidades desses profissionais (PENNA, et al., 2004). A prática gerencial realizada pelo enfermeiro é regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e no Decreto nº 94.406/87 estabelece no artigo 8º que este profissional tem como atribuições a direção e chefia, o planejamento, a organização, a coordenação e a avaliação dos serviços de enfermagem (BRASIL, 1987). Na Resolução COFEN 194 a participação do enfermeiro na gerência geral foi oficializada, podendo este atuar em qualquer esfera, em instituições públicas e privadas, porém não deixando de responder pelos serviços de enfermagem. Sendo a gerência uma atividade que se destaca como um elemento estratégico, pois pode colaborar na organização do processo de trabalho em saúde e torná-lo mais qualificado para a oferta de uma assistência integral à saúde (BRASIL, 1997). A definição de gerência conforme as Normas Operacionais Básicas/96 a gerência é a administração de uma unidade ou órgão de saúde, que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema e gestão como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, cabendo-lhe diversas funções como coordenação, negociação, planejamento, avaliação, auditoria, entre outras (BRASIL, 2001). Merecida é a complexidade de gerência em enfermagem na atenção básica, tornando-se assim necessários os estudos e a pesquisa continuada sobre este tema. Foi realizado um estudo de revisão bibliográfica referente a questão de pesquisa: O que tem sido produzido na literatura científica quanto a gerência de enfermagem na atenção básica? **OBJETIVO:** Descrever o que tem sido produzido na literatura científica quanto a gerência de enfermagem na atenção básica. **METODOLOGIA:** Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo narrativa de literatura em uma base de dados indexada. Sendo assim, foi realizada uma busca por produções científicas disponíveis online nas bases de dados eletrônica LILACS, com as palavras, “gerência”, “enfermagem” e “atenção básica”, no período de maio de 2016. Para a seleção dos estudos encontrados na pesquisa foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser artigo de pesquisa, estar no idioma português, estar disponível na íntegra, gratuito e online. Foram excluídos os estudos não condizentes a temática do estudo e tese. Estabelecendo-se um recorte temporal dos últimos 10 anos. A



ANAIAS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

busca resultou em 12 estudos, foram excluídos 2 por não estar no idioma português, 5 por não ser condizente ao tema, 3 por não corresponderem ao recorte temporal pré estabelecido, e a discussão do estudo finalizou em apenas 2 artigos. A análise dos estudos se deu através de leitura onde foi possível selecionar os artigos que condiziam a temática, os quais serão posteriormente descritos. **RESULTADOS:** Em um estudo realizado em duas unidades de saúde da Secretaria-Executiva Regional IV e VI, no Ceará, constatou-se que as práticas de cuidado estão voltadas ao modelo tradicional de assistência à saúde, com ações restritas e direcionadas a grupos específicos. Sendo assim, a consulta de enfermagem é centralizada à mulher, principalmente no pré-natal e puerpério; à criança, por meio da puericultura e ao idoso. Além do acompanhamento de usuários com patologias, como diabetes, hipertensão, hanseníase e tuberculose, as quais fazem parte dos programas do Ministério da Saúde. Assim demonstrando que o trabalho do enfermeiro continua influenciado pelo modelo biomédico e hegemônico. O enfermeiro também desenvolve atividades de gerência, como notificação de doenças e coordenação dos agentes de saúde. O foco das ações do enfermeiro é a organização do cuidado, que se traduz como planejamento de atividades compartilhadas que permitirão ao enfermeiro conseguir que os membros da equipe desenvolvam o trabalho de forma eficiente e com qualidade. Além dessas atividades, percebeu-se também referência à prática educativa, a qual pode ser desenvolvida como estratégia de cuidado ampliado e integral, desde que não permaneça na transmissão de informação, estendendo ao compartilhamento de conhecimentos (SILVA, et al., 2012). Entretanto o relato de caso realizado na Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Saúde de Maracanaú/CE, mostrou que o investimento e o incentivo de supervisões sistemáticas junto às equipes de Saúde da Família têm contribuído decisivamente na qualificação da atenção primária, à medida que tem mobilizado diversos atores responsáveis pela atenção à saúde, no âmbito da rede básica do Sistema Único de Saúde, propondo reflexões e mudanças sobre suas práticas e organização da rede de serviços. As visitas de apoio técnico se configuraram como uma estratégia sustentável para a gestão da Atenção Básica, uma vez que esta prática pode ser incorporada nas ações de



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

rotina da equipe gestora como ação permanente desta equipe (COELHO, et al., 2012). Este mesmo relato de caso anteriormente citado também cita A inexistência de protocolos clínicos e de organização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família e não recomendação formalizada para uso dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS), bem como da deficiente informação quanto à organização de fluxos de alguns serviços, foram situações concretas que evidenciaram deficiências na gestão e necessidade de encaminhamentos por parte da equipe gestora, sendo este um dos agravantes que dificulta a realização do trabalho de enfermagem mais qualificado, assim demonstrando a importância desses manuais que o MS desenvolvem para o desenvolvimento do processo de trabalho do enfermeiro na atenção básica (COELHO, et al., 2012). **CONCLUSÃO:** Percebeu-se dados bem consistentes de como esta desenvolvendo-se a gerência de enfermagem na atenção básica, sendo os dois estudos realizados do mesmo Estado. O enfermeiro ainda encontra-se preso no modelo biomédico pois a demanda, a falta de recursos e de equipe, exige que este profissional de enfoque as situações mais emergentes, acabando deixando de lado a parte da promoção e prevenção, que é o objetivo central da atenção básica. É inegável que deva haver uma reforma neste modelo, para que o enfermeiro possa executar suas funções fundamentais em uma atenção básica. É de fundamental importância que se aborde mais esta temática em estudos, para assim, os profissionais enfermeiros, se atualizem mais quanto a temática e lutem pelos seus direitos.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais. Brasília, 2001.

_____. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 1987.

_____. Resolução COFEN - 194, de 18 de fevereiro de 1997, Conselho



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Federal de Enfermagem. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 1997.

COELHO, Manuela de Mendonça Figueirêdo; et al. Supervisão como tecnologia para a melhoria da atenção básica à saúde. **Rev Rene**, v.13, n.3, p.704-711, 2012.

PENNA, Cláudia Maria de Mattos; et al. O trabalho do gerente no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 455-463, out/dez, 2004.

SILVA, Lucilane Maria Sales da; et al. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.20 n. esp.2, p. 784-788, Dez, 2012.

56

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL¹

OLIVEIRA, Nássara¹

AZEVEDO, Lenisse²

ABICHL, Marcela³

AVEZ, Diego⁴

DAMACENO, Adalvane Nobres⁵

Introdução: A humanização do cuidado em enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal (UTI-NEO), o qual é um espaço especializado para receber recém-nascidos e prematuros com idade de 0 a 28 dias, com imaturidade neuronal, sequelas e cronicidades, utilizando materiais e equipamentos para as necessidades de sua demanda. Sua infraestrutura contribui para a manutenção e recuperação do paciente, sendo salas distintas e exclusivas, contendo uma equipe especializada com médicos, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos em enfermagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Corrobora-se, estudos de Silva (1996) o qual considera trabalho da enfermagem como um processo particular do trabalho coletivo em saúde, conferindo a este um caráter

¹ Acadêmica do 4º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Acadêmica do 4º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

³ Acadêmica do 4º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁴ Acadêmico do 4º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁵ Professor da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

subsidiário e complementar, transformando então o mesmo objeto de trabalho, que é o corpo humano individual e coletivo. Para transformação desse objeto deve-se utilizar meios e instrumentos, caracterizando como a força de trabalho e os seus instrumentos específicos de trabalho. Esses instrumentos caracterizam-se como: fundamentação teórica possibilitando a prática da profissão, as técnicas manuais utilizadas na assistência ao paciente e o local de trabalho **Objetivo:** Identificar o que a literatura traz sobre a humanização por parte dos enfermeiros na UTI-NEO. **Método:** O método utilizado para o estudo foi através de pesquisa bibliográfica, relacionados com a humanização do cuidado de enfermagem na UTI-NEO e diretrizes do Ministério da Saúde, ressalta-se que foram selecionados estudos que contemplassem a temática e autores que fossem *expertises*. **Resultados:** Verifica-se que as ações de humanização do cuidado de neonatologia, por parte dos profissionais de enfermagem, vão além da execução de técnicas, desenvolvendo um processo terapêutico que favorece uma relação entre enfermagem, RN e família. (SILVA VIERA 2008; KLEIN, GASPADO, LINHARES 2008). Nesse contexto para Knobel (1998) que o trabalho não se torne mecanizado e desumano, é necessário que os profissionais estejam instrumentalizados para lidar as situações do cotidiano, recebendo auxílio psicológico e aprendendo a administrar sentimentos vivenciados na prática assistencial. Vale salientar que, para o desenvolvimento de ações humanizadora na assistência em saúde, faz-se necessário que a humanização seja a filosofia da instituição. Dessa forma, no processo de trabalho dos profissionais de saúde, os instrumentos utilizados correspondem aos materiais e às condutas que representam o nível técnico do conhecimento, o saber em saúde (LEOPARDI, 1999). **Conclusão:** Os resultados, a partir de análises, contataram que o trabalho de enfermagem tem como finalidade a recuperação, incluindo um processo de humanização no qual seja o princípio norteador da assistência. Além disso, o processo de trabalho instituído na UTIN torna-se um exercício de governo que deve ser realizado pelo conjunto da equipe que presta assistência ao RN e sua família a fim de que essas ações e reflexões operem a assistência e a compreensão das dificuldades da família.



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

DESCRITORES: UTI Neonatal; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem.

REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 466, de 04 de junho de 1998 que dispõem da regulamentação técnica para funcionamento de unidades de terapia intensiva. Brasília, 2010.

LINS Rilhava Paiva COLLET, Neusa VAZ Elenice Maria Cecchetti, REICHERT Altamira Pereira da Silva. Percepção da equipe de enfermagem acerca da humanização do cuidado na UTI neonatal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde [online]** 2013, Vol 17 n3pp 225-232.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; LOPES, Thaís Azzoni; VIERA, Cláudia Silveira and COLLET, Neusa. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. **Texto contexto - enferm. [online]**. 2006, vol.15, n.spe, pp.105-113.

Knobel E. Condutas no paciente grave. 2a ed. São Paulo (SP): **Atheneu**; 1998.

SILVA, Vanda Elisa Andres Fell. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador **[tese]**. São Paulo (SP): USP/Escola de Enfermagem; 1996.

LEOPARDI, Maria Tereza. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis (SC): **Papalivros**; 1999.

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

AZEVEDO, Lenisse¹
OLIVEIRA, Nássara²
ABICHL, Marcela³
ALVEZ, Diego⁴
DAMACENO, Adalvane Nobres⁵

INTRODUÇÃO: A assistência de enfermagem na oncologia pediátrica, o qual compromete indivíduos na faixa etária menores de quinze anos com neoplasias

¹ Acadêmica do 3º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Acadêmica do 3º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

³ Acadêmica do 3º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁴ Acadêmico do 3º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁵ Professor da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANAIAS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

malignas, mais conhecido como câncer pediátrico. (MARANHÃO et al., 2011). O câncer é um dinamismo patológico que começa quando uma célula anormal é alterada pela mutação genética do DNA celular, não consiste em uma doença única com causa única, contrapartida, é um grupo de doenças diferentes, com distintas causas, manifestações e prognóstico, incluindo várias modalidades de tratamento como cirurgias, quimioterapias, radioterapias, imunoterapias e hormonioterapias. (SMELTZER, BARE, 2002). As neoplasias mais frequentes na infância são as leucemias, tumores do sistema nervoso central e linfomas. (CARVALHO, BRUNETTO, 2007), desta forma, segundo Pedro e Funghetto (2005) a criança estabelece um vínculo com o ambiente hospitalar devido as internações constantes, além dos instrumentos que possibilitam o desempenho de suas técnicas, a enfermagem passou a estabelecer ações que auxiliam no relacionamento da criança, família e equipe no objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida, levando em consideração a integralidade em sua especificidade (LIMA et al., 1996). **OBJETIVO:** Analisar através da literatura a assistência de enfermagem aos pacientes pediátricos em tratamento oncológico. **MÉTODO:** O método utilizado para o estudo foi através de pesquisa bibliográfica, relacionados a assistência de enfermagem na oncologia pediátrica. **RESULTADO:** Observa-se que para os enfermeiros, em sua maioria, estes apresentam grande desconforto em lidar com o processo de saúde-doença, especialmente, com a terminalidade, pois em estudos de Poles e Bouso (2007) os indivíduos durante a infância são vistos pela sociedade como portadores de alegria e vida, qualidades que se opõem à morte. Dessa forma, cuidar das crianças e de seus pais, consiste em grande desafio e grande angústia para os profissionais de saúde. Ainda, tais condições impõem ao enfermeiro a questionar se realmente fez tudo que poderia pela vida da criança, originando um sentimento de impotência e derrota em algumas situações (POLES, BOUSSO, 2007). **CONCLUSÃO:** Ao final deste estudo, pode se considerar que a descoberta de um câncer, tanto para a família quanto para a criança, é uma situação excessivamente conturbadora. A enfermagem é parte indispensável da equipe multidisciplinar na oncologia pediátrica, reconhecendo que o tratamento da criança com câncer deve ser abrangente, merecendo atenção as necessidades físicas, psicológica e sociais. Portanto a



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

assistência deve ser feita de forma humanizada, incluindo a família sempre em todo o processo de cuidado, disponibilizando o direito de informações sobre o tratamento e a doença, adotar medidas para o alívio da dor e desconforto, promovendo a autoestima de todos que vivem nessa situação.

60

DESCRITORES: Oncologia Pediátrica; Assistência de Enfermagem; Enfermagem.

REFERENCIAS:

AVANCI, Barbara Soares; CAROLINDO, Fabiano Mizael; GOES, Fernanda Garcia Bezerra and CRUZ NETTO, Nina Paula. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Esc. Anna Nery** [online]. 2009, vol.13, n.4, pp.708-716.

LIMA, Regina Aparecida Garcia de; SCOCHI, Carmem Gracinda Silvan; KAMADA, Ivone and ROCHA, Semíramis Melani Melo. Assistência à criança com câncer: alguns elementos para a análise do processo de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 1996, vol.30, n.1, pp.14-24.

PARO, Daniela; PARO Juliana; FERREIRA, Daise L. M. O enfermeiro e o cuidar em oncologia pediátrica. **Arq Ciênc Saúde** 2005 jul-set;12(3):151-57.

PEDRO, Eva Neri Rubin, FUNGHETTO, Silvana Shewerz. Concepções de cuidado para os cuidadores: um estudo com a criança hospitalizada com câncer. **Rev Gaucha Enferm** 2005 ago; 26(2): 210-19.

POLES Katia, BOUSSO, Regina Szylitz. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006 mar/abr; 14(2): 2007-013.

VEIRA, Amanda Matos; CASTRO, Daniele Lima; COUTINHO, Mislene silva. Assistência de enfermagem na oncologia pediátrica. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde Salvador**, v. 3, n. 3, p. 67-75, jan./jun. 2016

CARVALHO GP, Di Leone LP, BRUNETTO AL. Cuidado de enfermagem em oncologia pediátrica. **Enfermagem oncológica: educação continuada. Rev. Soc. Bras. Cancerol** 2007

MARANHÃO, et al. A humanização no cuidar da criança portadora de câncer: fatores limitantes e facilitadores. **J Health Sci Inst.**, Piauí, v.29, n.2, p.106-109, 2011.

SMELTZER SC, BARE BG. Oncologia: cuidado de enfermagem à pessoa com câncer. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.252-3.

ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO SOCIAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS E TRANSTORNOS MENTAIS

RAMOS, Amanda dos Santos¹
WASUM, Fernanda Demetrio²
SILVEIRA, Renata Ferreira³
RODRIGUES, Diego Schaurich⁴

INTRODUÇÃO: Em uma sociedade em que a ciência, a educação e a psicologia tornam-se vertentes importantes na renovação de sua estrutura, encontram-se lacunas e obstáculos significativos no que diz respeito ao lidar com o diferente. Os deficientes auditivos, visuais e mentais, por exemplo, enfrentam em seu cotidiano a dificuldade de se relacionar devido a falsa inclusão social e escolar, movimento ainda vigente e que necessita ser trabalhado (MACIEL, 2000). Os educadores e os profissionais da saúde, visando uma equipe multiprofissional e especializada, devem, da melhor maneira possível, levar em consideração os recursos disponíveis e utilizar a dinâmica e a criatividade para prestar um atendimento que melhore a situação social desses sujeitos e ofertar um tratamento em conjunto para os familiares, que quase sempre são esquecidos apesar de terem funções importantes na qualidade de vida desses indivíduos. Os enfermeiros e os educadores devem se atualizar constantemente para que exista uma melhor qualidade do processo de cuidar-educar e da formação de profissionais diferenciados (MACIEL, 2000). **OBJETIVO:** Desta forma, a presente pesquisa, ainda na fase inicial, tem a finalidade de investigar a problemática que envolve o movimento de reintegração social, o papel do educador e da equipe de saúde como precursores da adaptação de deficientes mentais, visuais e auditivos no processo de ser e viver autônomo. **METODOLOGIA:** A pesquisa consta com

¹ TAE da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Acadêmica do 3º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

³ Professora da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁴ Professor da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

uma revisão bibliográfica de cunho descritivo, utilizando a abordagem qualitativa. Foram pesquisados artigos da biblioteca virtual Scielo (Scientific Electronic Library OnLine), através das palavras-chave: exclusão-inclusão social, deficiências múltiplas e papel do profissional de saúde. Dos artigos encontrados, os critérios de inclusão foram: pertencer a temática, apresentar textos completos e na língua portuguesa, publicados entre 2000 a 2009. Os artigos selecionados passaram por uma leitura atenta e criteriosa seguida de análise de conteúdo (BARDIN, 2004). Todos os aspectos éticos relacionados às fontes utilizadas na presente pesquisa foram respeitados. **RESULTADOS PARCIAIS:** No mundo estressante, caótico e apressado em que se vive, a formação profissional tem se tornado resumida e objetiva, partindo do princípio geral de trabalhar apenas com a maior população em seus serviços. Dentro dessa problemática e crise profissional encontram-se os deficientes, abrangendo tanto as patologias visuais e auditivas, como as doenças mentais (MACIEL, 2000). A promessa da inclusão social tem-se perpetuado por longa data sem resultados visualmente eficazes, afinal o contato com a sociedade, de maneira geral, não acontece de fato, e a oportunidade de um convívio verdadeiro se dá, basicamente, entre as pessoas com deficiências e seus familiares. O problema se torna ainda mais agravante quando os profissionais de saúde e educadores, pilares na construção de todo indivíduo, que deveriam transmitir segurança e autonomia para essas pessoas não compreendem sua função ou a efetuam de maneira irregular (MACIEL, 2000). Fica claro que a simples inserção de alunos com necessidades educativas especiais, sem nenhum tipo de apoio ou assistência aos sistemas regulares de ensino, pode redundar em fracasso, na medida em que esses alunos apresentam problemas graves de qualidade, expressos pelos altos níveis de repetência, de evasão e pelos baixos níveis de aprendizagem (BUENO, 1999). O processo de exclusão social é tão antigo quanto à socialização do homem, uma vez que evidências e relatos mostram como se desenvolveu a história da loucura, desde a inanição até o isolamento, métodos agressivos usados no passado que deixaram resquícios de um dogma que as pessoas que sofrem de algum transtorno mental ou deficiência são inválidos e devem, portanto, não participar de todas as esferas da sociedade (MACIEL, 2000). A equipe multiprofissional de saúde



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

possui o dever de prestar uma assistência a toda população da melhor forma possível, e não apenas para uma parcela. Infelizmente, nota-se uma grande dificuldade de compreensão desses profissionais quanto ao cuidado e a importância de uma atenção qualificada a esses pacientes (FRANÇA; PAGLIUCA, 2008). O olhar biomédico – de somente tratar a patologia – tem constituído profissionais mecanicistas e que interferem de maneira invasiva na vida dessas pessoas. A equipe de saúde será a primeira a entrar em contato com esses deficientes (MACIEL, 2000). Além de atender a parte clínica, precisa-se que o profissional possibilite uma instrução maior aos familiares que passam a ser também pacientes junto, desde a conversa explicando não só o prognóstico, como os limites que são superados e a readaptação dessa família ao novo contexto vivido junto ao encaminhamento aos grupos de assistência familiar e ao próprio centro de terapia (MACIEL, 2000). A partir dessa ampliação na área da saúde inclui-se a necessidade de uma autêntica inclusão escolar (FRANÇA; PAGLIUCA, 2008). O método de aprendizado no Brasil possui debilidades sérias que afetam, de maneira geral, toda sociedade, sendo a falta de investimento o principal responsável da constituição de conhecimento de uma população que tem como premissa principal o ensino normatizado e naturalmente exclusivo. Paulo Freire (2010), Patrono da Educação Brasileira (lei 12.612, de 12 de abril de 2012), afirma que ninguém é sujeito da autonomia de ninguém e o ensinar não é transferir conhecimento, mas possibilitar a sua própria produção ou construção. Desta forma, o educador deve ser dinâmico e precisa encontrar métodos alternativos para os deficientes mentais, visuais ou auditivos construir seu próprio conhecimento (MACIEL, 2000). A exclusão e a omissão nunca serão as melhores respostas para a qualidade de vida da sociedade em geral. É natural temer o desconhecido e, de alguma forma, se sentir desconfortável no início, mas após tanto tempo, onde se adquiriu o conhecimento sobre essas patologias e os limites construídos são como muralhas nos pensamentos, deve-se romper com esse laço e começar a exercitar a consciência de que o preconceito é algo que precisa, urgentemente, de uma desconstrução (MACIEL, 2000). Se a “diferença é comum a todos” e assumimos a classe como heterogênea, é importante responder a essa heterogeneidade em termos de estratégias de ensino e aprendizagem



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

(RODRIGUES, 2006, p. 11) Diversos autores afirmam que tanto os educadores, como a equipe de saúde precisam ampliar e qualificar sua visão; o que dentro da saúde é considerada como "visão clínica", precisa romper com apenas o diagnóstico e, de fato, apresentar alternativas para os familiares e estratégias para a melhor adaptação com a doença. Faz-se premente possibilitar uma reabilitação e inserir esse indivíduo novamente na sociedade, pois, de fato, ele nunca foi ausente e não há nada mais limitante do que não ter o estímulo de pessoas qualificadas (MACIEL, 2000). Os educadores, juntamente com a família e a equipe de saúde, precisam saber o histórico do deficiente, a sua situação familiar e planejar métodos de trabalho que facilitarão seu aprendizado, bem como contar com o apoio de terapeutas ocupacionais e educadores especiais que podem agregar conhecimentos diferenciados na qualidade de melhores profissionais (FRANÇA; PAGLIUCA, 2008).

CONSIDERAÇÕES PARCIAIS: A deficiência ocasiona o comprometimento da função física, auditiva, visual ou mental, o que poderá culminar com uma perda da autonomia deste indivíduo, além de problemas de discriminação/preconceito e dificuldade para a sua inserção social. As necessidades de pessoas especiais são mais amplas do que se parece, e isso fica claro quando os autores relatam que a deficiência é da sociedade que não é organizada, não existindo um amparo superior para esses indivíduos que ficam sem direção, e isso não pode acontecer em um mundo com constantes transformações. Assim, deve-se ter uma participação maior da população para adquirir conscientização da necessidade de diferentes habilidades para lidar da melhor forma com esses indivíduos, levando-se em consideração que o processo de inclusão é ainda um movimento vigente de uma sociedade com resquícios da história da loucura, época de intensa descriminalização social. Além disso, a capacitação de inclusão aos profissionais da educação e para a equipe de saúde gera competências importantes para facilitar o aprendizado, porém essas capacitações extracurriculares, de acordo com as leituras realizadas nesta pesquisa, não são ofertadas aos profissionais, mantendo difícil o contato com diferentes profissionais para uma maior caracterização no cotidiano familiar e da sociedade. Ressalta-se, porém, que nada é impossível em uma sociedade que investe nas medidas corretas, uma vez que nós profissionais



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

devemos atentar e promover o melhor atendimento possível, estimulando e disseminando o conhecimento a toda a população.

DESCRITORES: inclusão educacional; deficiência intelectual; pessoal de saúde; educação; aprendizagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FRANÇA, I.S.X, PAGLIUCA, L.M.F, **Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem**, Ver. Esc. Enferm USP; 2009.

FREIRE, P, **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**/ Paulo Freire. -São Paulo: Paz e Terra, 1996(Coleção Leitura).

MACIEL, M. R.C, **Portadores de deficiência a questão de inclusão social**, São Paulo Perspec. Vol.14 no. 2 São Paulo Apr. /June 2000.

NASCIMENTO, R. P, **Preparando professores para promover a inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais**, Londrina; 2009.

TOWNSEND, M. C., 1941-**Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências**/ Mary C.Townsend; revisão técnica Isabel Cristina Fonseca Cruz; tradução Douglas Arthur Omena Futuro...[et al]. - 7 ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

ACHADOS LABORATORIAIS NA ANEMIA FERROPRIVA

SCHUTZ, Thais Costa¹

MALDONADO, Paula Acosta²

INTRODUÇÃO: Anemia é a diminuição da concentração de hemoglobina circulante no corpo, é considerada a principal consequência da deficiência do ferro, que é um nutriente atuante nas células vermelhas de sangue e também participa do transporte de oxigênio para todas as células do corpo (PINHEIRO, 2008). A deficiência do ferro pode levar a sérias alterações na pele e mucosas, além da redução da função imunitária, trabalho físico e baixo peso. Conseqüentemente altera o desenvolvimento da linguagem, o sistema físico e

¹ Acadêmica do 6º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Professora da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

motor, além de modificar o comportamento e a cognição. A carência de ferro se processa no organismo através de três estágios, o primeiro têm-se a redução da ferritina sérica, que se relaciona com as reservas de ferro presentes no corpo, o segundo estágio, existe uma decadência da concentração de ferro sérico e a capacidade de ligação do ferro fica aumentada e, no terceiro a síntese de hemoglobina fica restrita, onde se pode haver a anemia. Quando ocorre a anemia ferropriva, existe uma alteração morfológica das hemácias, passando de normocíticas e normocrômicas para microcíticas e hipocrômicas (HADLER et al., 2002). A carência do ferro define-se como a redução do ferro corpóreo total, com empobrecimento dos acúmulos e algum grau de deficiência tissular. A distribuição do ferro é feita de forma adequada e tem uma dinâmica própria, esse, por conseguinte pode ocupar diferentes compartimentos que se ligam entre si, porém, podem ser observados separadamente. Acomete principalmente crianças pré-escolares, adolescentes, gestantes e lactentes. Autores relatam que bilhões de pessoas de diferentes locais do mundo, especialmente em países subdesenvolvidos, com populações mais carentes, que possuem uma renda significativamente baixa apresentam tal patologia por ingerir pouco ferro em sua vida cotidiana. Do mesmo modo, essa deficiência está associada a outras patologias, que incluem a desnutrição, a carência de vitamina A, a ausência de sulfato e infecções. Além do mais, em regiões tropicais as causas mais comuns de patologias como a anemia ferropriva são as infestações parasitárias e as hemoglobinopatias (PINHEIRO, 2008).

OBJETIVO: Ressaltar o papel dos exames de laboratório no diagnóstico da anemia ferropriva. **METODOLOGIA:** Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica realizada durante o primeiro bimestre da disciplina de exames laboratoriais da Faculdade Integrada de Santa Maria - FISMA. Para o alcance dos objetivos foi realizada uma busca na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) utilizando-se as palavras chave: anemia ferropriva e hemograma em diferentes combinações que resultaram em artigos que contemplaram os objetivos da revisão. Após a seleção dos artigos foi feita a leitura criteriosa para a elaboração da discussão.

RESULTADOS: A maior parte de ferro circulante do organismo dá-se pela formação e destruição dos glóbulos vermelhos. O ferro constituinte de um ser



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

humano adulto tem origem da hemoglobina reciclada, esse corresponde a 95%, enquanto que nas crianças, cerca de 70% decorre da reciclagem e o restante é oriundo da dieta (BRASIL, 2007). Em Países subdesenvolvidos, como o Brasil, a existência de anemia ferropriva manifesta-se de maneira muito preocupante. Autores relatam que em meados de 1974, a anemia acometia e/ou estava presente em 22,7% das crianças que tinham idades que compreendiam entre 6 e 60 meses, esses dados foram de uma amostra representativa que indicava a população de municípios com maior vulnerabilidade e condições econômicas menores. Por conseguinte, o autor descreve que entre 1985 e 1987, outros estudos relacionados registraram 35,6% de anêmicos, sendo os maiores números encontrados entre os 6 e 11 meses que totalizaram em 53,7% e entre 12 e 24 meses que perfizeram 58,1%. Não obstante, em 1996, realizou-se o mesmo estudo, no qual se notou redução expressiva na concentração média de hemoglobina que foi de 11,6g/dl para 11,0g/dl seguida de acréscimo na prevalência de anemia para uma média estimada em 46,9%. A anemia ferropriva, atualmente, mostra-se como a carência nutricional de maior relevância em todas as regiões do mundo (PINHEIRO, 2008). A causa mais comum de anemia se dá pela deficiência do ferro, assim, a realização do diagnóstico é de maneira simples, com testes rotineiros que estão disponíveis em todos os laboratórios não havendo dificuldades em realizá-los. Entretanto, o cuidado na avaliação dos resultados deve ser rigoroso, de forma que haja um diagnóstico correto e seguro devendo-se ter em mente as limitações e complicações que podem aparecer em cada situação (GROTTO, 2010). Para identificar a falta do ferro é realizado o hemograma, onde esse vai mostrar a dosagem de hemoglobina e valores dos índices hematimétricos como os primeiros indicadores que mostram uma possível alteração do ferro no organismo. A anemia pode apresentar-se microcítica e hipocrômica, que corresponde ao volume corpuscular médio (VCM) menor que 80 fl e hemoglobina corpuscular média (HCM) menor que 27 pg respectivamente, características que podem ser decorrentes da falta de ferro. A dosagem de hemoglobina é amplamente utilizada no diagnóstico de anemia, porém é uma medida de baixa sensibilidade e especificidade quando usada isoladamente. Além disso, o hemograma contém outros parâmetros para



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

avaliação e possíveis indícios de patologias, que seriam o red cell distribution width (RDW), que se refere à anisocitose (variação do diâmetro da hemácia) o qual se mostra elevado na anemia ferropriva, e os reticulócitos, que representam as hemácias jovens e fornece informações a respeito do nível eritropoético da medula. O RDW, além de promover informações pode ainda auxiliar na caracterização e/ou diferenciação das anemias microcíticas (anemia ferropriva e β – talassemia). Na anemia ferropriva, as hemácias microcíticas tem importante variação no grau de seu tamanho, o que afere um valor de RDW mais elevado quando comparado com a anemia β – talassemia heterozigótica (GROTTO, 2010). **CONCLUSÃO:** A instalação da carência de ferro no ser humano é significativamente progressiva podendo haver importantes alterações nos exames laboratoriais. O hemograma além de ser um exame de simples manufatura e de baixo custo traz importantes indícios sobre a ocorrência de anemia ferropriva, sendo potencialmente útil no rastreamento de pacientes com esse tipo de doença e permitindo assim a instalação de um tratamento eficaz e muitas vezes antecipado.

PALAVRAS-CHAVE: Anemia ferropriva, Hemograma.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Anemia carencial ferropriva.** Rio de Janeiro. Fev, 2007.

GROTTO, HZW. Diagnóstico laboratorial da deficiência de ferro. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, n. 2, v. 32, p. 22-28, São Paulo, 2010.

HADLER MC, JULIANO Y, SIGULEM DM. Anemia do lactente: etiologia e prevalência. **Jornal de Pediatria**, n. 4, v. 78, Goiás, 2002.

PINHEIRO, FGMB. Avaliação da anemia em crianças da cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, n. 6, v. 30, p. 457-462, Paraíba, 2008.

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

SENGER, Aline¹
SCHUTZ, Thais Costa²
HOLZSCHUH, Flávia³
ASSUMPÇÃO, Priscila Kurz de⁴

INTRODUÇÃO: O diafragma é um músculo que separa a cavidade abdominal da torácica e é o principal responsável pela respiração, podendo assim ser sede de diversas malformações congênitas (MARCONDES, 2009). Uma delas é a hérnia diafragmática congênita, que, segundo relatos de autores, é uma distorção, onde há a passagem de estruturas anatômica por meio de um defeito no diafragma para a cavidade torácica, fazendo com que o pulmão e o coração não funcionem adequadamente (BELLÉN, 2010). Frequentemente a hérnia diafragmática se manifesta no período neonatal imediato expressivamente como uma angústia respiratória, isso acontece, segundo autores, devido ao diafragma não conseguir fazer seu fechamento adequado durante o período embrionário (RICCI, 2013). **OBJETIVOS:** Encontrar na literatura, achados sobre incidência, tratamento, diagnóstico e manifestações clínicas, assim como, alencar os cuidados de enfermagem necessários para a avaliação adequada do bebê acometido por tal complicação. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo bibliográfico, de abordagem qualitativa. Assim começou-se a averiguação do material pertinente ao tema, frente aos artigos encontrados que abordavam o mesmo. Para a pesquisa dos dados foi utilizado os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) como buscador de descritor, e após, uma busca realizada na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Os descritores utilizados foram hérnia diafragmática e cuidados. Assim, na LILACS os resultados foram os seguintes: 10 artigos, de diferentes idiomas do ano de 2004 até 2015, desses foram selecionados cinco para

¹ Acadêmica do 6º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Acadêmica do 6º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

³ Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁴ Professora da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

leitura, porém, prevaleceram dois para a realização do resumo. No SCIELO, foram encontrados 11 artigos, onde o ano variou de 2002 a 2015, selecionaram-se quatro para leitura, no entanto utilizaram-se dois para a efetivação do resumo. Tiveram-se como critérios de inclusão os artigos que dessem mais ênfase ao tema, ou seja, que abordassem questões relevantes para alcançar os objetivos do resumo, e como critério de exclusão, optou-se por não selecionar artigos com idiomas em inglês, além disso, observou-se o ano de publicação, onde se excluiu os artigos publicados até 2007. Além disso, utilizaram-se livros com material relevante para ajudar na construção do resumo. **RESULTADOS:** A hérnia diafragmática congênita é uma malformação no diafragma, onde as vísceras passam para a caixa torácica. Sendo assim, é uma doença com alta morbidade e mortalidade por hipoplasia pulmonar associada (desenvolvimento incompleto do parênquima pulmonar, com diminuição do tamanho e número de alvéolos e da área de passagem do ar inspirado), por isso, relata-se a importância de um diagnóstico precoce, assim, haverá o tratamento imediato e adequado do recém-nascido (ESPINOZA, 2012). Tal complicação pode ocorrer entre a terceira e oitava semana de gestação, a maioria dos casos ocorrem no lado esquerdo (90%), devido ao canal do pericárdio-peritoneal ser maior e fechar mais cedo para esse lado. A hérnia diafragmática congênita acomete em média 1:2000 e 1:4000 nascidos vivos, e compõe 8% das principais anomalias congênitas. Predominantemente agride fetos masculinos (1,5:1), porém não existe diferença entre as raças. Em média 30% das crianças acometidas apresentam anomalias cromossômicas, tais como trissomia do 13 ou 18 ou ainda, deformidades/defeitos associadas, onde o mais frequente são os cardíacos (GALLINDO, 2015). O diagnóstico para detecção precoce pode ser feito através da ultrassonografia, radiografia de tórax e abdome, mostrando as alças intestinais no hemotórax, que vão ser avaliadas as condições do bebê e a possível complicação que pode estar o acometendo. São sugestivos de hérnia diafragmática: evidências de estômago ou de intestino cheio de líquido, que são acompanhadas por um desvio do mediastino, que convive com um coração com quatro câmaras ou inexistência de bolha estomacal do abdome, ou ainda polidramnia (aumento de líquido amniótico acentuado) (MOREIRA, 2004). Os neonatos acometidos mostram-se



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

com dificuldades para respirar, ou seja, há presente e significativa angústia respiratória, devido à incapacidade de um dos pulmões não realizar seu trabalho completo, o que se dá o nome de hipertensão pulmonar resistente. Além disso, ausculta respiratória ausente no lado que está afetado, ausculta cardíaca deslocada para a direita, presença de ruídos hidroaéreos no tórax, cianose e abdome em formato de barril, são sintomas que o bebê pode estar apresentando (RICCI, 2013). Nesse tipo de paciente deve haver monitoração contínua, sistema cardiovascular, medição da saída de urina e pressão sistêmica, avaliação contínua da oximetria de pulso e diferenciação da artéria umbilical e linha arterial. Atualmente, no tratamento busca-se a otimização da insuficiência respiratória e hipertensão pulmonar aguda para reparação cirúrgica, assim tenta-se reparar/estabilizar a oxigenação estabelecida pelo paciente, à pressão arterial e a condição de ácido/base. A hérnia diafragmática congênita é uma emergência cirúrgica. A cirurgia deve ser feita para retirar os órgãos abdominais do tórax e recolocá-los no abdômen, essa deve ser feita 24 a 48 horas depois o nascimento do bebê. Logo após, o diafragma necessita ser reparado. (BELLÉN, 2010). Os cuidados oferecidos devem seguir regras para que não haja intercorrências na hora de fazer qualquer procedimento, esses devem favorecer o ambiente, para habilitar sua adaptação (mãe e filho) no meio em que está inserido, tentar promover um crescimento e desenvolvimento normal, sem muitas restrições, porém, da forma mais indicada possível. Manter os familiares informados, em relação aos procedimentos e condutas que deverão ser tomadas para melhor estabilização da criança, assim como não esconder informações importantes, seja elas boas ou ruins. (MOREIRA, 2004).

CONCLUSÃO: Avanços no pré-natal, acolhimento/aconselhamento familiar, a procura por um atendimento qualificado, bem sucedido e a possibilidade de um tratamento fidedigno e adequado, são fatos que podem aumentar significativamente a sobrevivência dos bebês acometidos pela hérnia diafragmática congênita. A reconstrução do diafragma é factível, e pode ser feita em fetos que nasceram e/ou foram diagnosticados com essa complicação. Atualmente, percebe-se que no Brasil, há uma importante dificuldade em alinhar a organização das equipes envolvidas na realidade desses pacientes, contudo, deve-se haver uma capacitação mais adequada e rigorosa pra todos



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

os profissionais da área da saúde, em relação a tal complicação, para que se tenha um serviço especializado, mais característico para essa população, assim, conseqüentemente, haverá uma importante redução de mortalidade de neonatos acometidos por tal complicação, que é grave, porém há como inverter.

DESCRITORES: Hérnia diafragmática; cuidados.

REFERÊNCIAS

BALLÉN, F. ARRIETA M. Hernia diafragmática congênita. **Rev. Col. Anest. Mayo**. n. 2, v. 38, p. 241-258. Colombia, 2010.

ESPINOZA, L.V. DÍAZ E. Cornejo M. Hernia diafragmática congênita: caso clínico y la importancia del diagnóstico prenatal. **Revista Chilena de Ultrasonografia**. n. 2, v. 15. Chile, 2012.

GALLINDO, R.M. et al. Manejo pré-natal da hérnia diafragmática congênita: presente, passado e futuro. **Rev Bras Ginecol Obstet**. n.37, v. 3, p. 140-7. São Paulo, 2015.

MARCONDES, E. **Pediatria básica: pediatria clínica geral**. 9 ed. São Paulo: Servier, 2009

MOREIRA, M.E.L. LOPES, J.M.A. CARALHO, M.. **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ROSSI, F.S. et al. Abordagem ventilatória protetora no tratamento da hérnia diafragmática congênita. **Rev Paul Pediatr**, n. 26, v. 4, p. 378-82. 2008.

APRESENTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE ATRAVÉS DE UMA EXPOSIÇÃO PARTICIPATIVA EM SALA DE AULA

JAKUES, Daiane¹
LOPES, Fernanda²
SCHOLTZ, Gislaine³
SACCOL, Samantha⁴
DAMACENO, Adalvane⁵

73

INTRODUÇÃO: O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Garante o acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (BRASIL, 2016) As Redes de Atenção a Saúde (RASs) são arranjos organizativos de ações e serviços à saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meios de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. As RASs são organizadas por um contínuo de atenção e por uma rede poliárquica, orientada para condições crônicas e agudas, voltado para uma determinada população, possui atenção integral com cuidado multiprofissional (MENDES, 2010). **OBJETIVOS:** Relatar a apresentação de um trabalho realizado em sala de aula e apresentar como funciona a Rede de Atenção à Saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência acerca de uma atividade desenvolvida em sala de aula. Para um melhor entendimento do que é a Rede de Atenção a Saúde foi exposto em sala de aula, para a turma do quarto semestre de enfermagem bacharelado, do ano de 2015, em forma de maquete confeccionada por meios próprios, onde foi simulado o atendimento do usuário da atenção primária de saúde, onde os acadêmicos presentes em sala de aula puderam participar. **RESULTADOS e DISCUSSÃO:** A Declaração de Alma Ata (1978) apontou os cuidados primários de saúde como parte integrante dos sistemas nacionais de saúde. Estes cuidados constituem a

¹ Acadêmica do 4º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Acadêmica do 4º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

³ Acadêmica do 4º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁴ Acadêmica do 4º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁵ Professor da Faculdade Integrada de Santa Maria



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

função central e o foco principal no que diz respeito ao desenvolvimento socioeconômico global da comunidade, tornando-se um marco propulsor para o desenvolvimento da APS no mundo. Assim, a OMS pautada nos princípios de Alma Ata propôs, a meta de “Saúde para todos no ano 2000” (WHO, 1978). A partir do que foi estudado e discutido sobre redes de atenção à saúde como forma de interação entre os graduandos do curso de enfermagem, foi proposto um trabalho para obtenção da nota parcial da disciplina de Saúde Coletiva I. Primeiramente, a ideia era de uma apresentação onde não fosse usado o quadro ou o retroprojetor, mas que fosse uma forma diferente, foi então confeccionado pelas acadêmicas do 4º semestre uma maquete simples e de fácil entendimento, usando material de isopor, algumas tampinhas de garrafa e bonecos em miniaturas, as tampinhas representavam as casas de uma comunidade de um território adscrito, as bonecas em miniatura uma equipe multiprofissional que atuam na UBS dessa determinada comunidade, como o médico, enfermeiro, agente de saúde, técnico de enfermagem, pediatra e dentista. As peças de isopor foram identificadas e cada um representou um elemento de cada setor, uma peça representou uma Unidade Básica de Saúde (UBS) / Estratégia da Saúde da Família (ESF) como representante do setor primário, outra peça representou a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e os ambulatórios como setor secundário, assim como o setor terciário foi representado por uma peça identificada como hospital público. Foram caracterizados também na maquete os pontos de apoio como logístico laboratório e clínicas de imagem. Outro setor foi mostrado na maquete foi o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que não faz parte da saúde e sim da assistência social, mas estão intimamente ligadas as Redes de atenção à saúde. No dia da apresentação foram convidados os alunos presentes para uma simulação de um caso proposto por eles e neste momento foi passado um fio de linha pelos pontos da rede ilustrando a complexidade de cada caso proposto e da importância da rede de atenção à saúde. Toda esta demonstração em sala de aula teve como objetivo retratar as redes de atenção à saúde consiste em organizações poliárquicas de diversos serviços de saúde vinculadas entre si, onde todos os pontos de atenção a saúde são igualmente importantes de



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

níveis primários, secundários e terciários, a fim de ofertar uma atenção contínua e integral à população de forma organizada e humanizada, promovem intervenções de promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas gerando grande valor à população. As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos, a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A população de responsabilidade sanitária e econômica estabelece as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos desta, implementar e avaliar as intervenções sanitárias e promover o cuidado para as pessoas no contexto social e cultural destas. Trabalham no processo de territorialização, no cadastramento das famílias, na classificação por risco sociossanitário, na vinculação das famílias na atenção primária ou equipe de Programa de Saúde da Família (PSF), na identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de risco e na identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas. A estrutura operacional consiste nos nós da rede e pelas ligações que comunicam esses diferentes nós, compõem-se de cinco componentes: os centros de comunicação são os nós intercambiadores no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela atenção primária à saúde ou equipes de ESF; os pontos de atenção secundária e terciária, é onde se oferta determinados serviços especializados, eles se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo o terciário mais denso tecnologicamente que o secundário, mas são igualmente importantes para atingirem o objetivo comum das redes de atenção à saúde; os sistemas de apoio são os lugares da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, diagnóstico, terapêutico, farmacêutico e de informação em saúde; os sistemas de logística são soluções tecnológicas que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde; e o sistema de governança que é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais, aumentar a interdependência entre eles e obter resultados sanitários e econômicos para a população, a governança objetiva criar uma visão nas organizações, definir objetivos e metas, articular as



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

políticas institucionais e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes de organização. Neste contexto, a APS confere o papel de “ordenar as redes”, com vistas a garantir que os demais pontos de atenção sejam organizados e planejados com base nas necessidades de saúde do usuário. Desta forma, assegura acesso universal, contínuo, de qualidade e a integralidade do cuidado, tanto individual quanto coletivamente, para dentro da UBS, bem como para fora na RAS. (BRASIL, 2011). Assim, Starfield (1992) define a APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação comunitária das ações e da competência cultural dos profissionais. O modelo de atenção a saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos. **CONCLUSÃO:** O trabalho realizado de forma dinâmica proporcionou integração entre a turma e um melhor entendimento sobre a importância da rede e de sua interligação no contexto da saúde pública no Brasil, mostrando mais uma vez que o SUS está se aperfeiçoando e em constante crescimento, basta os trabalhadores se empenharem em busca desta melhoria. Além disso, cabe em nossa formação no campo da saúde a reafirmação que a construção do SUS foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil e representa uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos. **DESCRITORES:** Sistema Único de saúde, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem.

REFERÊNCIAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. Saúde mais perto de você. **As redes de atenção à Saúde**. [online]. 2015. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

MENDES, Eugenio Vilaça, **As Redes de Atenção à Saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Ciênc. Saúde Coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5, pp.2297-2305. ISSN 1678-4561.

STARFIELD, B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: **Oxford University Press**, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. (Health for All series, n. 1) Geneva, 1978.

2. CAPÍTULO II - Trabalhos completos

PROCESSO DE DECISÃO PELO TIPO DE PARTO: PREFERÊNCIA DAS MULHERES E DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

78

MULLER, Patrícia¹
LIMA, Andriéli²
DANTAS, Aline³
DAMACENO, Adalvane⁴

Introdução: O parto é um evento singular. Assim, o respeito e valorização das vivências de cada mulher-mãe são fundamentais à humanização do processo parir/nascer. A humanização do parto é um processo, e não um produto que nos é entregue pronto. Tornar o processo do parto cada vez mais humano, é ter cada vez mais a consciência de como é importante para a humanidade, que o parto seja de maneira natural e instintivo. A humanização da assistência em saúde surge como uma opção para modificar o cenário existente no Sistema Único de Saúde (SUS), que demanda mudanças nos diversos estágios que o compõem, ao exemplo da dificuldade no acesso e da falta de qualidade nos serviços de saúde. Humanizar significa para Nedel e Strapasson (2010) proporcionar um atendimento de qualidade à população, articulando tecnologia com acolhimento e, ainda, preocupar-se com as condições de trabalho dos profissionais, o que resultou na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSus), no ano de 2004; iniciativa criada para operar em toda rede do sistema. O panorama não é

¹ Graduanda do curso de enfermagem do 6º semestre da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA. E-mail: patti.muller@yahoo.com.br.

² Co-autora. Graduanda do curso de enfermagem do 6º semestre da Faculdade Integrada de Santa Maria- FISMA. E-mail: andrieli1804@hotmail.com.

³ Co-autora. Graduanda do curso de psicologia do 10º semestre da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA. E-mail: allinnedantas@gmail.com.

⁴ Orientador. Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Professor na Faculdade Integrada de Santa Maria - FISMA. E-mail: adalvane.damaceno@fisma.com.br.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

diferente no que diz respeito à atenção da saúde da mulher, especialmente quando se analisa a qualidade da atenção obstétrica com base na humanização do parto e nascimento. À propósito, destaque deve ser dado ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que surgiu em 2000, com as finalidades de incentivar um atendimento obstétrico integral e garantir os direitos de escolha da mulher, objetivando ainda a reorganização da assistência, ficando esta pautada na ampliação do acesso das mulheres à assistência com qualidade, sendo o parto realizado com o mínimo de intervenções. Além disso, o programa trouxe o foco da questão para a mulher e abriu a possibilidade de discussões, tão necessárias, a respeito da mudança nas condutas implementadas no ciclo gravídico-puerperal. A preferência das mulheres em relação ao tipo de parto é um tema de grande importância, na medida em que o crescimento no número de cesarianas acentua-se cada vez mais na população como um todo; e envolve vários fatores referidos para a preferência pelo tipo de parto, do início da gestação, até o processo de decisão pelo tipo de parto. Dada a subjetividade que perpassam as relações de cuidado entre profissionais de saúde e usuárias, o acolhimento adquire expressão significativa, pois se configura a partir do encontro e valorização de demandas articuladas à produção de relações de escutas e responsabilizações, da constituição de vínculos e de intervenções que mobilizam recursos individuais e coletivos direcionados à promoção de modos de viver saudável, enquanto projetos de felicidade. Porém, a escolha da mulher sobre o tipo de parto desejado ainda é limitada. Humanizar o processo da gestação e do parto é uma proposta alternativa ao modelo atual, pois muitas vezes a mulher é tratada como alguém passivo, que depende das decisões médicas, porque é passado a ela uma mensagem cultural que esta é a forma mais segura do nascimento, forma esta que ela própria talvez não aprove. Hoje, têm-se dado grande importância à humanização do parto em nosso País, pois está sendo proposta como modelo pelo próprio Ministério da Saúde, resgatando assim, o parto natural, afim de não transformar rotineiramente um fenômeno natural em medicalizado ou cirúrgico. Compreende-se o cuidado como repleto de significados, englobando o estar próximo da pessoa cuidada, correspondendo às suas necessidades, respeitando suas particularidades e privacidade. Para



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

que essa independência seja respeitada, a interação entre enfermeiro e mulher no processo, desde a gravidez, o parto e até o puerpério, necessita se fundamentar no "diálogo, sensibilidade, afetividade, no prazer de estar com o outro e na atenção do bem-estar físico, mental, social e espiritual". O cuidado de enfermagem transcende a utilização de procedimentos técnicos, envolvendo a sensibilidade e no processo de parir todas as habilidades podem ser utilizadas pelas enfermeiras, delineando um cuidado sensível. Este cuidado é imprescindível nos momentos que antecedem o parto e durante o nascimento do bebê já que o estado emocional da parturiente muitas vezes se mostra extremamente sensível e vulnerável às condições apresentadas pelo ambiente e pelas relações com as pessoas ao seu redor (VELASQUE et al., 2011). Deste modo, este estudo mostrará a importância de resgatar a humanização do parto, que foi perdida no mundo tecnológico, abordando a importância do acolhimento em relação à parturiente, bem como as suas vontades, respeitando a sua individualidade e oferecendo-lhe um ambiente agradável e seguro, sem intervir nos processos naturais com tecnologias desnecessárias. A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. É processo singular, experiência especial no universo da mulher e seu parceiro, envolvendo também suas famílias e a comunidade, constituindo experiência humana das mais significativas, para todos que dela participam. Com o nascimento do bebê a mulher passa por intensas modificações de adaptação psico-orgânicas, ocorrendo processo de involução dos órgãos reprodutivos à situação pré-gravídica, o estabelecimento da lactação e ocorrência de intensas alterações emocionais (NEDEL; STRAPASSON, 2010).

OBJETIVOS: Compreender o processo de decisão pela via do parto, as decisões de gestantes e obstetras e a humanização do parto, a partir de trabalhos publicados, sobre o tema.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo narrativo realizado através de revisão de literatura, baseados em artigos científicos, em uma busca avançada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os seguintes descritores: "Maternidade"; "Gestação"; "Enfermagem Obstétrica"; "Saúde da Mulher".



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Este trabalho faz parte do projeto de pesquisa “A preferência das mulheres em relação ao tipo de parto”, no qual será avaliado e analisado as vantagens do Parto Humanizado, e a importância de se respeitar a individualidade da parturiente no decorrer da gestação e no momento do parto. A história do parto e nascimento vem sendo transformada de maneira progressiva ao longo da história. Desde a época em que as parteiras realizavam os partos nos ambientes domiciliares, muita coisa se modificou com o desenvolvimento e a incorporação de novas tecnologias no campo da medicina, assim, o parto foi adquirindo outro significado e passou a ser considerado um procedimento cirúrgico, que deve ser realizado por médicos, em ambiente hospitalar. Isto porque “considera-se doente a mulher grávida [...] os médicos se opuseram à intervenção das parteiras, alegando ser a gravidez uma doença que requer o tratamento de um verdadeiro médico.”² No Brasil mais da metade dos nascimentos são de cesariana, pela OMS (Organização Mundial da Saúde), este índice deveria ser de 15%, a cesariana pode ser fundamental para salvar vidas, mas também pode ser uma escolha da mulher. Dados atuais indicam que 84% dos partos nas redes privadas são cesáreas (conforme a OMS em 18 de outubro de 2014). O parto pode ser considerado como um verdadeiro processo psicossomático, cujas características são multideterminadas por inúmeras facetas do contexto sócio-cultural e da individualidade físico psicológica da parturiente. E, assim segundo, Simas (2009) as características pessoais se refletem na conduta durante o parto, os diversos tipos de parto exercem diferentes impactos e são vivenciados e integrados na personalidade de várias maneiras. O trabalho de parto constitui um processo natural e fisiológico, apesar de ser frequentemente relacionado como momento de profunda preocupação para quem o está vivenciando e para quem está ao lado, pois é caracterizado como um momento difícil e doloroso. Independentemente do processo fisiológico, o modo como a mulher e os familiares encaram o trabalho de parto está relacionado com a maneira como foram socializados em relação ao processo de parto. A dor vivenciada no trabalho de parto pode agravar o desconforto e aumentar as adversidades da percepção da mulher dos fenômenos que estão ocorrendo para que seu filho nasça. A dor é uma experiência complexa com



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

comportamentos sensitivos, emocionais e cognitivos que interagem entre si, e no ambiente sociocultural (CARVALHO, et al., 2009). Acredita que a humanização da assistência à mulher, consiste em acolher a parturiente, respeitar sua individualidade, “oferecer ambiente seguro, oportunizar um acompanhante e não intervir em processos naturais com tecnologia desnecessária”. É válido ressaltar que a humanização da assistência ao parto exige, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha de forma desnecessária, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e pós-parto, e ofereça o suporte emocional à mulher e à sua família ⁵. O que facilitará a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. Diz que a interferência da tecnologia médica sobre o parto está associada ao poder econômico que se apossou do corpo feminino durante o período reprodutivo. Para Cechin (2002) ainda hoje que esta posse continua da mesma forma em nossos sistemas de saúde, em relação a gestação e ao parto, pois preconiza-se que o parto seguro é aquele que ocorre no hospital munido de alta tecnologia. Sendo assim, criou-se a filosofia do parto medicalizado, com rigorosa assepsia e atitudes técnicas, muitas vezes desnecessárias, interferindo nesta maravilhosa conquista evolutiva que é o parto natural. Modernamente, a mulher vive um papel em que passa a ter o direito sobre si próprio. Este mesmo autor cita que ocorreu uma osmose do feminismo e da feminilidade. Lembra que o útero sendo o órgão mais específico e biológico mente feminino, viu-se associado a mais generalizada reivindicação do feminismo - o direito de dispor do ser individual. Esse processo desencadeou a interação entre os dois termos ⁵. A mulher sendo um ser biopsicossocial sofre as influências sócio culturais de seu meio, principalmente, no que diz respeito ao ritual do nascimento que vem cercado de uma simbologia, por determinantes culturais e outros. Observa-se, entretanto, a tendência de repensar essa situação, num esforço de resgatar a humanização do parto, que se perdeu no mundo da tecnologia, buscando ações voltadas ao atendimento do ser humano com necessidades biopsicossociais, culturais e espirituais (CECHIN, 2002). Estudos demonstram que os aspectos físicos positivos destacados no parto normal, evidenciam menores níveis de dor no pós-parto, uma recuperação mais rápida e o retorno



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

breve, de suas atividades diárias. No parto cesáreo, as percepções positivas estão associadas aos eventos físicos como a ausência da dor, ser um procedimento mais rápido e a possibilidade de marcar uma data ou realizar uma laqueadura. As percepções positivas associadas aos aspectos emocionais e socioculturais são descritas como ter maior controle sobre o nascimento, evitar o medo do parto e da indução, ser uma experiência agradável e desfrutar com segurança da criança (BRUGGEMANN, et al., 2012). No que se refere aos aspectos físicos negativos do parto normal, resultados de pesquisas descreveram as complicações com o bebê ser um processo doloroso, demorado ou difícil, as limitações de mobilidade e a frequência na realização de procedimentos dolorosos. Quanto aos aspectos emocionais e socioculturais, a ausência de acompanhante, o pouco controle de seu trabalho de parto, a insatisfação com atenção da equipe, a institucionalização do parto traduzida pelo medo, com sentimentos de solidão, sofrimento e abandono, está entre as percepções negativas. Ainda Bruggemann et al., (2012) quanto às percepções negativas, são destacados entre os aspectos físicos da cesárea, os riscos da cirurgia, as dores no pós-parto, dificuldades com a recuperação e o retorno de suas atividades sexuais. Em relação aos aspectos emocionais e socioculturais, são descritas preocupações e experiências prévias com a anestesia e maiores níveis de medo e descontentamento, ao lembrar o nascimento de seus filhos. Após o nascimento a puérpera se vê envolta por uma série de mudanças necessitando de adaptação e instrumentalização para desenvolver o papel da maternidade. Neste sentido, Nedel e Strapasson (2010) a transição ao papel materno é explícita quando as mães configuram as principais dificuldades no puerpério imediato ao cuidado com recém-nascido: banho, cuidado com o coto umbilical, amamentação, identificação do choro, tipo de parto e fragilidade física. No contexto apresentado, percebe-se que o pressuposto deste estudo é de que a decisão pela via de parto é influenciada por fatores culturais, socioeconômicos, obstétricos e, especialmente, pela forma de pagamento do parto, pelo subsistema de saúde privado ou público. O parto normal é visto como um evento patológico que exige controle médico, o que resultou na apropriação do corpo feminino pelo poder médico. Ao transformar a mulher em objeto de manipulação, as intervenções enfatizam os aspectos biológicos em



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

detrimento das subjetividades deste evento para as mulheres, configurando o parto normal como um ato médico, desestimulando socialmente sua prática. A atenção à mulher para Santos (2012) no ciclo gravídico e puerperal, precisa ser modificada, já que a implementação de uma atenção mais adequada às necessidades destas mulheres, parece ser o foco das discussões atuais dos movimentos em prol da humanização da atenção à mulher em processo parturitivo. Acredita-se que os resultados desse estudo possam favorecer a proposição de atendimento mais especializado e condizente com as demandas psicológicas dessa população. Ainda, que ele possa colaborar com a reflexão para propostas públicas de prevenção e saúde no trabalho com gestantes. Alguns pontos importantes sobre a humanização do parto e a preferência das mulheres em relação ao tipo de parto, que foram abordados nesse trabalho são: Acolher a parturiente e respeitar a sua vontade quanto ao tipo de parto e sua individualidade, oferecer ambiente seguro, oportunizar à mulher um acompanhante, e não intervir nos processos naturais com tecnologia desnecessária. A partir do objetivo de compreender e conhecer o processo de decisão pela via de parto, as decisões das gestantes e obstetras e a humanização do parto, percebe-se que foi possível a compreensão de que vivenciar o processo de parto envolve a mulher, o acompanhante e o enfermeiro. A mulher, pelas transformações em seu corpo que, durante a gravidez, ocorreram de forma gradual e no parto alteram-se rapidamente, somando-se ainda a um turbilhão de sentimentos e emoções. O acompanhante, próximo ou à distância, quando é impedido de estar junto, apesar de não sentir em seu corpo as mudanças, apóia a mulher, sofrendo e solidarizando-se com a sua dor, vivenciando com ela o que de fato é o processo do parto. O enfermeiro, que a cada parturiente deve despir-se de qualquer preconceito ou fórmula pronta para cuidar, lutando contra a rotina e massificação desse cuidado, para sentir com ela suas emoções, dores e realizações do parto. A mulher, pelas transformações em seu corpo que, durante a gravidez, ocorreram de forma gradual e no parto alteram-se rapidamente, somando-se ainda a um turbilhão de sentimentos e emoções. O acompanhante, próximo ou à distância, quando é impedido de estar junto, apesar de não sentir em seu corpo as mudanças, apóia a mulher, sofrendo e



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

solidarizando-se com a sua dor, vivenciando com ela o que de fato é o processo do parto. O enfermeiro, que a cada parturiente deve despir-se de qualquer preconceito ou fórmula pronta para cuidar, lutando contra a rotina e massificação desse cuidado, para sentir com ela suas emoções, dores e realizações do parto. Portanto, considera-se de fundamental importância um estudo dessa natureza, pois exprime a preocupação no elevado número de partos cirúrgicos. Sendo de grande valia a orientação à mulher no período gestacional em relação a dúvidas e esclarecimentos a fim de prepará-la para um parto natural, desfazendo assim, seus temores culturais. Cabendo assim ao profissional da saúde fazer uma otimização dos fatores e benefícios que a mulher terá a seu favor, se assim ela tiver condições e optar ao parto natural.

CONCLUSÃO: Portanto, a análise dos dados possibilitou a compreensão da complexidade desse processo, tendo em vista a vivência de sentimentos e percepções que se entrelaçam e se confundem. O parto pode ser considerado como um verdadeiro processo psicossomático, cujas características são multideterminadas por inúmeras facetas do contexto sócio-cultural e da individualidade físico psicológica da parturiente. E, assim como as características pessoais se refletem na conduta durante o parto, os diversos tipos de parto exercem diferentes impactos e são vivenciados e integrados na personalidade de várias maneiras. Por ser um processo tão intrínseco ao ser humano e ao mesmo tempo sensível, nem sempre é possível racionalizar acerca dele. Desse modo, o estado emocional liga-se às relações interpessoais que são afetadas pelo ambiente, e todos influenciam o desenvolver do processo de parto, formando elos que unem parte dos Componentes do Cuidado de Enfermagem. Os componentes que integram o cuidado de enfermagem no processo do parto são complexos e inter-relacionados. Por essa razão, precisam ser inseridos na formação dos profissionais da Enfermagem e da saúde, pois, para que uma esfera envolta em cuidado prevaleça, é preciso sensibilização das diversas instâncias que formam esses profissionais, bem como dos serviços nos quais a mulher é atendida, desde a atenção básica até as instituições hospitalares. Essa tomada de consciência deve abranger também a população, a qual, ao conhecer a legislação, torna-se



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

responsável por fazer valer os seus direitos, para desfrutar de um cuidado sensível. Portanto, a atenção humanizada será factível, apenas, quando os diversos atores envolvidos na parturição se dispuserem a repensar sua prática diária, redimensionando-a, quando necessário se fizer. Isso implicará, inevitavelmente, na reorganização do serviço e no abandono de técnicas padronizadas e atitudes estereotipadas que priorizam a rotina, a tecnologia e a comodidade da equipe em detrimento do bem-estar da parturiente. Sendo assim, haverá a possibilidade de remover a mulher da condição de objeto da parturição, cuja voz não se faz ouvir, devolvendo-lhe o papel de protagonista e a capacidade de decidir sobre questões relacionadas ao seu parto.

86

PALAVRAS-CHAVE: Maternidade; Gestação; Enfermagem Obstétrica; Saúde da Mulher.

REFERÊNCIAS:

NEDEL, M, N, B; STRAPASSON, M, R. Puerpério Imediato: Desvendando o Significado da Maternidade. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, RS, 2010, Set.; 31(3): 521-8.

MALHEIROS, P. A.; et al. Parto e Nascimento: Saberes e Práticas Humanizadas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 329-37.

SIMAS, F, B. Significados da Maternidade e Vivências da Gravidez em Gestantes. **Bebedouro**, São Paulo, 2009.

CARVALHO, F, A, M; et al. Significado do trabalho de parto: a perspectiva dos acadêmicos de enfermagem. **Acta Paul Enferm** 2009;22(6):767-72

CECHIN, P. Reflexões sobre o Resgate do Parto Natural na era da Tecnologia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 444-448, jul./ago. 2002

BRUGGEMANN, O, M; CAMARGO, B, V; et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: Revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto, contexto enferm**. Florianópolis; 2012 Abr. - Junho 21 (2): 458-66.

SANTOS, L. M. dos; et al. Atenção No Processo Parturitivo Sob O Olhar Da Puerpera; **R. pesq.: cuid. fundam.** online 2012. jul./set.

FRELLO, A.T. Componentes do cuidado de enfermagem de Carraro: o processo do parto sob a lente das puerperas. 2009. 102 p. **Dissertação**



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

(Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

VELASQUE, E. A. G. et al. O Enfermeiro no Processo Parir Nascer: Estratégia de Cuidado e Humanização do Parto. **R. Enferm. UFSM** 2011 Jan/Abr;1(1):80-87.

87

ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO: UM NOVO DISPOSITIVO NA REDE DE APOIO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

ROSO, Patrícia L.¹
AGUIAR, Gracielle A.²

Dentre os diferentes processos de intervenção psicológica possíveis, o acolhimento psicológico é um deles. Pode variar conforme a linha teórica do profissional, o objetivo que se quer alcançar, ou a instituição em que se está atuando, por exemplo. Este estudo relata a estruturação do serviço de Acolhimento Psicológico com mulheres em situação de violência, realizado nas dependências da Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher de Santa Maria (DEAM/SM). A partir das experiências vivenciadas durante a realização do Estágio Específico em Psicologia Jurídica, percebeu-se a importância/necessidade de criar um serviço de Acolhimento Psicológico às mulheres que procuraram à Delegacia para registro de ocorrência ou para receber informações durante este período. Atualmente a atividade continua em andamento.

DESCRITORES: Violência contra mulher; psicologia jurídica; saúde da mulher.

INTRODUÇÃO

O Acolhimento Psicológico se constitui como um espaço de escuta especializada que propicia à mulher uma reflexão sobre a real situação em que se encontra e suas necessidades. Um dos principais objetivos é oferecer

¹ Pedagoga e Psicóloga. Coordenadora do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Psicologia Jurídica da Faculdade Integrada de Santa Maria – RS.

² Acadêmica do Curso de Graduação em Psicologia na Faculdade Integrada de Santa Maria – RS.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

orientações acerca do funcionamento da Rede de Apoio a mulher vítima de violência. Durante o período de instalação do serviço, observou-se que para oferecer um serviço de qualidade se faria necessário realizar uma inter-relação com os serviços oferecidos de apoio à mulher já existentes no município, para que a vítima conseguisse se ver empoderada com as possibilidades de apoio e solução para seus conflitos ou problemas.

O Conselho Federal de Psicologia afirma e orienta que o profissional psicólogo conheça a rede, pois ele é um dos responsáveis pela inserção e continuidade desta mulher nas demais instituições que a constituem (CFP, 2011). De acordo com Balbuena (2011), o acolhimento psicológico se faz necessário às vítimas de violência. Neste trabalho, entende-se o acolhimento como um momento de escuta técnica que visa promover reflexão das mulheres sobre a real situação em que se encontram, bem como sobre suas necessidades.

OBJETIVOS

O objetivo principal da realização deste serviço consiste na estruturação do Acolhimento Psicológico junto a Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher de Santa Maria – RS, configurando este como um novo dispositivo de apoio as mulheres vítimas de violência. Outro objetivo em potencial é proporcionar às mulheres vitimadas um espaço de escuta do sofrimento vivido, oferecendo orientações acerca do funcionamento da Rede de Apoio a mulher vítima de violência existente em Santa Maria – RS.

METODOLOGIA

Em geral as mulheres vítimas de violência apresentam dificuldades de expressar qual seu sofrimento, mesmo quando buscam auxílio (GOMES, et al, 2012). Muitas vezes apresentam um sentimento ambíguo referente a seus agressores. Ao realizarem a denúncia, em alguns casos, nem sempre esperam uma separação conjugal, porém em outros casos pretendem com esta atitude pôr fim à violência que ocorre na sua relação. Desta forma é fundamental a realização de uma escuta humanizada, sem preconceito ou julgamentos, sendo



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

também o sigilo inerente a este tipo de trabalho (CRP, 2011). Neste sentido o processo de escuta e acolhimento pode fazer com que as mulheres reflitam sobre sua situação, deixando-as mais confiantes para decidir em realizar ou não o registro de ocorrência, além de seguras para enfrentar a situação.

Dentro desta perspectiva, o acolhimento psicológico junto à DEAM/SM contribui no atendimento à mulher em situação de violência, sendo realizado como uma atividade paralela e complementar às ações policiais e judiciais. O acolhimento psicológico é realizado de forma voluntária, quando as mulheres em situação de violência procuram a DEAM/SM. O momento é composto por, no máximo, três encontros entre a estagiária de psicologia e a vítima.

Primeiramente objetiva-se ouvir as questões pontuais do fato, além do registro de uma ficha sociodemográfica para obter os dados pessoais da mulher e investigação de suas expectativas quanto aos procedimentos adotados no seu caso. No segundo momento procura-se investigar o histórico pessoal e familiar, além de serem realizadas orientações sobre o processo judicial e sobre serviços municipais que podem acolher suas demandas, verificando ainda seu interesse em encaminhamentos para os órgãos e Instituições necessários para o desenvolvimento de sua situação específica. No último atendimento, se desejado, são realizados os encaminhamentos à Rede de Apoio, respeitando as prioridades de cada parte atendida. No caso da mulher expressar indisponibilidade de comparecer ao segundo ou terceiro encontro, este processo pode ser feito em apenas um encontro.

CONSIDERACOES FINAIS

Através deste trabalho foi possível perceber que o olhar técnico direcionado a situação da violência doméstica, por meio do acolhimento psicológico em instituições como a DEAM, pode trazer muitas contribuições para a condução dos atendimentos, na ampliação do trabalho, bem como na eficácia e efetividade do mesmo. Pode-se verificar que, o acolhimento psicológico, no qual as mulheres conseguem expor seus sentimentos, desejos e medos, permite que tenham decisões baseadas em suas próprias concepções do que é melhor ser feito, bem como do que querem ou tem



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

condições emocionais de fazer. Dentro desta perspectiva, o papel do psicólogo engloba ouvir, orientar e empoderar a mulher, permitindo que ela consiga sentir-se mais fortalecida para lidar e, se desejar, mudar a situação.

Essa prática da psicologia junto à DEAM/SM tem a intenção de humanizar o atendimento à mulher, bem como é uma forma de entendê-las como um ser biopsicossocial que, dependendo do contexto em que está inserido apresenta maneiras próprias de agir e pensar, sendo necessária uma análise como ser único. “Humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma” (FORTES, 2004). Sendo assim, através desta atividade foi possível perceber que a mulher vítima de violência possui inúmeras demandas, sendo imprescindível um trabalho multiprofissional e intersetorial a fim de efetuar um cuidado integral.

REFERÊNCIAS

BALBUENO, B. **Investigação sobre atendimento psicossocial oferecido em delegacias de defasa da mulher.** Psicólogo inFormação, v. 15, n. 15, p. 69-82, 2011. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/2463/3036>. Acesso em: 20/04/2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Documento de referência para atuação de psicólogos em serviços de atenção à mulher em situação de violência.** Brasília, 2011. Disponível em: http://www.crprj.org.br/documentos/2012-doc_mulheres.pdf. Acesso em: 18/04/2016.

FORTES, P. A. C. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde.** Saúde soc. vol.13 no.3 São Paulo Sept./Dec. 2004, pp. 31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/04.pdf>. Acesso em: 09/03/2016.

GOMES, N. P. *et al.* **Violência Conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo.** Rio de Janeiro: Saúde em Debate, 2012, v. 36, n. 95, p. 514-522, out./dez. Disponível: www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a03v36n95.pdf. Acesso em: 17/03/2016.

A PERCEPÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM FRENTE AOS USUÁRIOS ESTOMIZADOS

KRUM, Ana Lúcia¹
HOLZSCHUH, Flávia²
BARATTO, Denise³
NOAL, Helena⁴
CONDERATTO, Denise⁵

91

RESUMO

A gestão na enfermagem mostra o enfermeiro como organizador, mediador, apoiador e supervisor em uma Unidade de Saúde da Família (USF). Planejar ações e executar atividades juntamente à comunidade exige desse profissional uma boa relação interpessoal com equipe e usuários, deve definir metas, objetivos, desenvolver e controlar as atividades na unidade. O enfermeiro assume função de educador tanto do paciente como a sua família. Este estudo tem como **objetivo** relatar a percepção de acadêmicos de enfermagem frente à prática do tratamento aos ostomizados em uma unidade básica de saúde do município de Santa Maria - RS. Trata-se de um relato de experiência vivenciado por um grupo de acadêmicos do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Integrada Santa Maria - FISMA, no campo de prática da disciplina de Gestão do Sistema e Gerência dos Serviços de Saúde. Diante dessa vivência, observou-se a importância da assistência humanizada, com tratamento respeitoso e solidário, construindo uma relação de cumplicidade com este paciente e seu familiar.

PALAVRAS – CHAVES: estomias; assistência; enfermagem.

¹ Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.
² Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.
³ Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.
⁴ Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.
⁵ Professora da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros juntamente com os demais membros da equipe multiprofissional envolvidos com a assistência carecem de uma visão mais ampliada frente à doença e as suas prováveis sequelas, buscando construir um plano individualizado de cuidado no qual o respeito aos valores e crenças do indivíduo seja meta a ser atingida. O enfermeiro assume função de educador tanto do paciente como a sua família. Dentre esses usuários encontram-se os que precisam submeter-se a realização de uma estomia.

Estomia é o nome da cirurgia que cria o estoma, um orifício no abdômen ou na traqueia, ligando um órgão interno com o meio exterior. No abdômen temos: - Colostomia comunicação do intestino grosso com o exterior; - Ileostomia comunicação do intestino delgado com o exterior; - Urostomia cria um trajeto alternativo para a saída da urina; - Gastrostomia comunicação do estômago com o meio exterior e, - Traqueostomia comunicação da traqueia com o exterior. Especificamente, o estoma abdominal, se sobressai na parede abdominal, podem ser reversíveis ou não. São realizadas devido a alguns fatores como: câncer de cólon e reto, perfurações por arma branca ou de fogo, acidentes de trânsito, colite ulcerosa, doença inflamatórias e outros. Chama-se colostomia a cirurgia realizada no cólon, parte do intestino grosso, por onde sairá às fezes em uma bolsa coletora. Conforme a localização, o estoma recebe um nome específico. No cólon ascendente: fezes líquidas; transverso: semi líquidas; descendente: fezes formadas e, sigmoide: firmes e sólidas No intestino delgado, no íleo, é feita a ileostomia, onde as fezes são líquidas, devido à absorção da água que é feita no intestino grosso. Urostomia é realizado quando a bexiga está comprometida e a urina é coletada também em uma bolsa (ABRASO, 2006). O estoma tem aparência vermelho vivo, semelhante a mucosa labial e deve ser úmido. Deve ser corado e brilhante, a pele não deve estar irritada e não deve haver pus e/ou sangue. A higiene deve ser feita com muito cuidado usando material delicado e nunca esfregar o local, pois poderá sangrar (MS, 2010). O ostomizado pode levar uma vida normal, praticar exercícios, porem ter prudência em esportes em grupo ou que tenha contato físico. Pode ir à praia, nadar, dançar e ter uma vida sexual ativa (ABRASO, 2006). A troca da bolsa pode ser realizada na unidade básica de



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

referência ou no domicílio, preferencialmente, após um treinamento. A bolsa deve ser removida delicadamente; a pele periestomal limpa e seca a cada troca, cortar os pelos, se necessário, com tesoura; medir o estoma com o auxílio do medidor, recortar a bolsa no tamanho certo do estoma; evitar cortar a bolsa a mais para que não ocorra irritação na pele através do contato com as fezes; preparar a pele e a bolsa; colocar a bolsa com cuidado, tirar o ar e colocar o clamp. Não usar produtos irritantes na pele periestomica (MS, 2010). O paciente deve ser orientado quanto à alimentação, que deve evitar alimentos que causam gases, diarreia, constipação e odores. É importante realizar as refeições mastigando bem os alimentos e não ter pressa, comer mais seguido e em menor quantidade, evitar líquido com as refeições e alimentos crus. Introduzir os alimentos na dieta de maneira gradual para poder identificar a sua tolerância (MS, 2010). Este estudo tem como **objetivo** relatar a percepção de acadêmicos de enfermagem frente à assistência aos ostomizados em uma unidade básica de saúde do município de Santa Maria - RS. Diante dessa vivência, observou-se a importância da assistência humanizada, com respeito e solidariedade, construindo uma relação de cumplicidade com este paciente e seu familiar.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por acadêmicos de enfermagem, no campo de prática curricular da disciplina gestão do sistema e gerência dos serviços de saúde do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Integrada Santa Maria – FISMA. A vivência ocorreu em uma unidade básica de saúde no município de Santa Maria – RS, no período de março a abril do ano de 2015. Esta unidade atende ostomizados, realizando trocas de bolsas coletoras e distribuindo material e insumos para usuários cadastrados pelo SUS. Para obtenção de dados foi utilizada a observação do trabalho desde a recepção, orientações quanto ao cuidado, higiene e troca da bolsa coletora. No atendimento aos usuários agendados observou-se o envolvimento emocional que os pacientes possuem em relação à enfermeira do serviço, existe um cumprimento caloroso na chegada e saída, tanto com o



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

paciente como o familiar que o acompanha. Todos os procedimentos a serem realizados são explicados e orientados como fazer e o porquê deve ser feito, chamando sempre a atenção para a higiene das mãos e a colocação de luvas. É importante observar o estado da bolsa, fezes ou urina, retira-se a bolsa e é feita a higiene, observando a integridade da pele. O estoma é medido para o devido corte da bolsa. Após este processo, a bolsa é colocada e o paciente é auxiliado a vestir-se. Durante o procedimento, ocorre à escuta, o paciente relata suas queixas, adaptações e progressos. Contam o que ocasionou e o tempo que tem o estoma. E neste momento a enfermeira esclarece dúvidas, incentiva o auto cuidado e independência. Nesse contexto, relata-se a experiência de um atendimento a uma criança que foi fazer sua última troca de bolsa coletora, pois no dia seguinte faria a cirurgia de reversão, foi um momento emocionante, a gratidão da mãe pelo atendimento de quase um ano a sua filha, ela devolveu todo o material que tinha restado para doar a outros pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, que esse estudo nos permitiu aprofundar os conhecimentos na importância do cuidado de enfermagem e das orientações para os pacientes ostomizados e seus familiares. Os profissionais de enfermagem têm um importante papel neste atendimento, pois a qualidade de vida do paciente depende destas orientações. Os serviços e as equipes de saúde devem perceber a necessidade da qualificação e do esforço para melhorar, no sentido da padronização das ações educativas e assistenciais a esta clientela. Não aprendemos somente a técnica da troca da bolsa coletora, a escolha certa do material a ser usado, aprendemos o real significado da palavra empatia, tivemos a oportunidade de enfrentar situações diferentes no momento da consulta de enfermagem, conversamos com pacientes falantes e com pacientes muito quietos, com muita dificuldade de se expressar. Neste momento notamos o quanto ainda temos que praticar para sabermos fazer com que o momento seja melhor aproveitado e que consigamos atingir nosso objetivo.

REFERÊNCIAS

ABRASO. **Cartilha do Homem Ostomizado**. Rio de Janeiro. 2006. Disponível em <http://www.abraso.org.br/Cartilha%20homem%20ostomizado.pdf> Acesso em 07 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 2010. **Cuidados com a sua estomia: Orientações aos pacientes**. Disponível em http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/cuidados_com_a_sua_estomia.pdf Acesso em 07 de maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção a saúde das pessoas ostomizadas**. 2009. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/atencao_saude_pessoas_ostomizadas.pdf Acesso em 18 de maio de 2016.

SILVIA, K.L.; SENA, R.R. **Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro**. Rev Esc Enferm USP 2008; Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/07.pdf> Acesso em 07 de maio de 2016.

UMA ATENÇÃO ESPECIAL PARA DIABÉTICOS E HIPERTENSOS

MELLO, Gustavo Antonio de¹
DAMACENO, Adalvane Nobres Damaceno²

RESUMO: O objetivo do presente estudo foi analisar a importância do Programa Hipertensão. Realizando descrição sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM). Trata-se de um relato de experiência no qual é realizado em uma ESF do município de Santa Maria a continuação do programa Hipertensão que o Ministério preconizava. Com o Programa ativo tem como objetivo a melhora na qualidade de vida e um acompanhamento mais próximo do portador dessas doenças crônicas. Diante do exposto, é evidente a importância deste programa, pois os profissionais de saúde acima de tudo têm um contato mais próximo com o portador,

¹ Acadêmico do 7º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Professor da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

assim tendo como intervir no seu dia a dia fazendo com que se mobilizem sobre seus riscos destas patologias.

DESCRITORES: Hipertensão Arterial Sistêmica. Diabetes Mellitus. Programa Hiperdia.

96

INTRODUÇÃO

As mudanças sofridas pela sociedade no que diz respeito à alimentação, à expectativa de vida e às causas de morte, redefiniram o perfil de suscetibilidade às doenças, ou seja, os péssimos hábitos alimentares, sedentarismo e sobrepeso foram ocasionados pelas mudanças socioeconômicas e culturais. Segundo Lima et al (2011), estes fatores vem favorecendo a ocorrência das doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM).

Desta maneira, estas doenças ganham lugar de destaque entre os problemas de saúde pública, por isso, para evitar a evolução e futuras complicações crônicas consequentes, os portadores necessitam de um acompanhamento rigoroso e cuidadoso. Se não tratado, geram grande transtorno à sociedade em geral devido a sua gravidade, causando uma despesa financeira com o seu tratamento e a improdutividade da pessoa acometida (LIMA et al., 2011).

Sendo assim, percebe-se uma carência no programa de atenção básica, destinados à prevenção, identificação e rastreamento dos casos de HAS e DM. Portanto, o Ministério da Saúde desenvolveu o plano de reorganização da atenção, no ano de 2000, e com ele iniciou-se a inscrição nacional destes indivíduos no sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) e programa nacional de assistência farmacêutica para a HAS e o DM (LIMA et al., 2011).

Através do Ministério da Saúde (2011), o programa HiperDia não está mais vinculado nas ESFs (Estratégia De Saúde Da Família), porém as ações de rastreio e acompanhamento seguem prioridades do mesmo, e são organizadas pelos Caderno de Atenção Básica 35, 36 e 37, porém são estabelecidas conforme o processo de trabalho local. Devido a vivencia em uma ESF do município, do estágio curricular referente ao 7º semestre do curso de enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), a abordagem do tema HiperDia tem como objetivo o seu impacto no processo saúde-doença. O objetivo do presente relato é descrever as



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

ações desenvolvidas durante estágio curricular obrigatório em uma ESF que desenvolve o programa HiperDia.

METODOLOGIA

O presente relato de experiência trata-se da realização em uma ESF do município de Santa Maria, no qual são realizadas nas sextas-feiras o acompanhamentos dos usuários com doenças crônicas como HAS e DM., tendo como objetivo manter o que o Ministério preconizava sobre o atendimento ao portador destas doenças.

Em 2002 foi aprovado o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HA) e ao *Diabetes Mellitus* (DM), cujo objetivo era reorganizar os serviços por meio do desenvolvimento de ações de detecção, controle e prevenção destes agravos, na rede básica de saúde. Já em 04 de março de 2002, o Governo Federal criou o Sistema HiperDia, o qual cadastra e acompanha pessoas com hipertensão e diabetes. Porém o mesmo cancelou o Programa, mas devido a grande demanda de questionamentos feitos as equipes do M.S. acerca da continuidade do sistema (Sistema de gestão clínica de hipertensão arterial e diabetes mellitus da atenção básica), foi informado a todos que o mesmo foi descontinuado a pedido da área gestora (DAB) sendo trocado pelo sistema e – SUS AB (BRASIL, 2011). Mas apesar disso, o ESF no qual estagiei manteve a sistematização do mesmo.

Na unidade referida são atendidos os hipertensos e diabéticos em livre demanda, sem número limite de atendimentos, nestas consultas a equipe ajusta os medicamentos se necessário, solicitar exames mais complexos e encaminhar para especialistas se doença crônica descompensada e de difícil manejo. Além disso, os Agentes Comunitários de Saúde aproveitam este momento e fazem orientações em sala de espera.

RESULTADO E DISCUSSÃO

O cadastro adequado do número de hipertensos e diabéticos orienta os gestores públicos na adoção de estratégias de intervenção, permitindo conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na população. Tem como funcionalidades o cadastramento e acompanhamento da



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

situação dos portadores em todo o país. Gerando informações fundamentais para os gerentes locais, gestores das secretarias e Ministério da Saúde, disponibilizando assim informações de acesso público com exceção da identificação do portador (BRASIL, 2011).

Na ESF, o enfermeiro realiza o acolhimento com a verificação de exames, pressão arterial, hemoglicoteste (HGT), avaliação do risco cardiovascular, solicitação de exames sem a necessidade de agendamento e orientações sobre a saúde do usuário. Era realizado um atendimento multidisciplinar no qual o médico e enfermeiro atuavam juntos na assistência, a importância do enfermeiro no processo saúde doença, intervinha na mudança dos hábitos de vida possibilitando a melhora dos índices, pois sendo uma doença sensível a atenção primária, traz o usuário mais próximo fazendo com que ele se sinta agente do processo de mudança. Em caso de alguma alteração na consulta da enfermagem, como substituição de medicamentos, sintomas mais graves que colocassem em risco a vida do paciente, o mesmo era encaminhado para o médico especialista que tomava as devidas providências. Entre as consultas de enfermagem para prevenção primária das doenças crônicas estão redução de peso, alimentação saudável, atividade física e moderação no consumo de álcool. Os achados do exame clínico e anamnese indicativos de riscos para as patologias são tabagismo, hipertensão, obesidade, sedentarismo, histórico familiar e idade acima de 65anos. A hipertensão e a diabetes são doenças silenciosas e quando limitamos acesso dos usuários com esta patologia muitas vezes acabamos afastando eles dos serviços e acabam não fazendo a revisão como deveriam.

98

CONCLUSÃO

Observa-se a importância do conhecimento da realidade dos usuários que sofrem por tais patologias e sem a devida orientação sobre seu quadro. Através das consultas realizadas observou-se uma melhora no quadro com orientações sobre a sua alimentação, prática de exercícios físicos, não consumo de álcool e tabaco, propondo assim uma melhora na qualidade de vida dos pacientes. E mesmo após o término do sistema Hiperdia, o ESF proporcionando acolhimento e rastreamento de



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

todos os portadores da Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, conseguiu com que a população se mobilizasse sobre os riscos destas patologias.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>.

99

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. -Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014.128p.: II.(Caderno de Atenção Básica, n.37).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014. 162p.:II. (Caderno de Atenção Básica,n.35).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. -Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014. 160p.: II.(Caderno de Atenção Básica, n.36).

LIMA, Lílian Moura et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online) vol.32 no.2 Porto Alegre June 2011.

ATIVIDADE EDUCATIVA: VISÃO VOLTADA AO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO E DE MAMA

SILVA, Ana Paula Lemos da¹
DAMACENO, Adalvane Nobres²

100

INTRODUÇÃO

O termo câncer é genericamente usado para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações. Importante causa de doenças e morte no Brasil, desde 2003, as neoplasias malignas constituem a segunda causa de morte na população e, nos dias atuais, tornou-se um problema de saúde pública mundial (BRASIL, 2011).

Segundo Ministério da Saúde (2008) o câncer de mama e o câncer de colo de útero são o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A cada ano, cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama. No Brasil, as taxas de mortalidade devido a este tipo de câncer continuam elevadas, mesmo sendo considerado um câncer de bom prognóstico, quando diagnosticado e tratado adequadamente. Provavelmente, isto se deve ao fato da doença ser diagnosticada em estágios avançados. O câncer do colo do útero acomete aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano. Sua incidência evidencia-se na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta na faixa etária de 45 a 49 anos. Sendo considerado o câncer que possui maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente (BRASIL, 2009).

Na teoria, prevenir o câncer consiste em reduzir ao mínimo ou eliminar a exposição aos agentes carcinogênicos, além de minimizar a suscetibilidade individual aos efeitos destes agentes. Para isso, a população deve ser

¹ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Integrada de Santa Maria/FISMA. Santa Maria - RS, Brasil. E-mail: anna.paula.lemos96@gmail.com

² Orientador. Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade Integrada de Santa Maria - FISMA. Email: adalvane.damaceno@fisma.com.br



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

informada sobre os comportamentos de risco, os sinais de alerta e a frequência da prevenção (OMS, 1995).

Segundo Mohallem (2007) a prevenção primária visa à promoção da saúde, resultando no aumento do bem-estar e na proteção específica direcionada a um tipo de agravo. Esse tipo de prevenção para o câncer de mama e do colo do útero é responsável por evitar o aparecimento da doença por meio da intervenção no meio ambiente e em seus fatores de risco. Visto que somos incapazes de mudar nossa predisposição genética, temos a possibilidade de realizar ações sobre as exposições e os fatores causais do câncer (BRASIL, 2002).

A prevenção secundária envolve ações para o diagnóstico precoce e tratamento simplificado, entendido por rastreamento. Para o câncer de mama, esse tipo de prevenção envolve o diagnóstico e o tratamento precoce, sendo assim, têm-se maiores chances de cura (CARVALHO; BRITO; NERY et al., 2009).

Com base nas informações apresentadas percebe-se a importância da realização da educação em saúde para detecção do CA, podendo assim, diminuir os índices de morbimortalidade pelos agravos citados. Tanto o CA de mama quanto o do colo do útero são considerados de bom prognóstico, se diagnosticados e tratados precocemente (THULER & MENDONÇA, 2005).

O conceito de educação em saúde associa-se com o conceito de promoção de saúde, que está relacionado a processos que envolvem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana. Tem como objetivo a capacitação desses indivíduos na busca da melhoria das suas condições de saúde, ressaltando que esse processo visa à estimulação do diálogo, da reflexão, da ação partilhada e do questionamento (MACHADO; MONTEIRO; QUEIROZ et al., 2007) (MARTINS; ALBUQUERQUE; NASCIMENTO et al., 2007).

Assim, o objetivo deste relato de experiência foi descrever as práticas educativas realizadas com mulheres, por alunas do curso de Enfermagem, a



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

respeito de ações de incentivo ao autocuidado em relação à prevenção e diagnóstico do CA de mama e de colo de útero, para funcionárias de uma creche em Santa Maria, com o apoio da Unidade Básica de Saúde Centro Social Urbano\Santa Maria.

102

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento da presente experiência, realizada por acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria\FISMA, na disciplina de Saúde da Mulher, no período de outubro de 2015, foram feitas atividades educativas correlacionadas ao mês de Prevenção do câncer de mama e colo do útero (Outubro Rosa), em uma creche de Santa Maria, para funcionárias, professoras, e estagiárias. Sendo uma extensão do cuidado realizado na Unidade Básica de Saúde Centro Social Urbano de Santa Maria.

As atividades educativas desenvolvidas consistiram de uma palestra dispositiva \dialogada. Optou-se por dividir em dois grupos com horários diferentes, para que todas pudessem escolher o melhor horário com o menor fluxo de crianças na creche, para maior aproveitamento.

A partir disso, foi sanado dúvidas frente a perguntas das mulheres, explicado sobre a auto exame das mamas, entendimento sobre a coleta de citopatológico, mais conhecido como Papanicolaou e sobre os respectivos cânceres de mama e colo de útero.

DISCUSSÃO/RESULTADOS

As atividades educativas relevantes ao autocuidado e direcionadas à prevenção e tratamento do CA de mama e de colo de útero, contemplaram 40 mulheres, com a faixa etária entre 17 e 54 anos, que foram divididas em dois grupos de 20 mulheres cada, através de uma palestra que teve duração máxima de 30 minutos, com base teórica e esclarecimento de dúvidas.

Nesta constou em relação ao CA de mama uma explanação sobre conceitos, fatores de risco, exames diagnósticos, exame clínico das mamas,



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

auto exame das mamas, mamografia e tratamentos. As dúvidas mais recorrentes foram: Diferenças entre a neoplasia maligna e benigna; Quando que deve ser feito o auto exame das mamas; Idade recomendada para realizar a mamografia; Alterações consideradas normais e/ou anormais da mama; e se o tratamento se torna efetivo o quanto antes for diagnosticado.

103

Quanto ao CA de colo de útero, abordou-se a localização anatômica do útero e suas funções, fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia, exames preventivos, diagnósticos e possíveis tratamentos. As dúvidas geradas foram: A necessidade de realização do exame de Papanicolaou por mulheres hysterectomizadas e virgens, o mioma e sua associação com o CA; o porquê do nome do exame de Papanicolaou; a faixa etária em que se deve fazer esse exame; as dúvidas relacionadas ao HPV e a vacina.

Durante a realização da palestra constatou-se que as participantes, de uma forma geral, desconheciam a relação do HPV com o CA de colo de útero, bem como os fatores de risco associados. Muitas vezes, chegaram a mencionar o desconhecimento da periodicidade em que o exame preventivo deveria ser realizado.

Segundo Cirino, Nichiata & Borges (2010) com relação ao conhecimento do exame de Papanicolaou, em um estudo realizado em escola pública do Distrito Administrativo da Cidade Ademar/SP (2008), 50% das adolescentes afirmaram que o principal objetivo do exame de Papanicolaou é o diagnóstico. Em relação ao conhecimento relacionado ao HPV, 19,4% delas sabiam que o vírus é o principal agente oncogênico para o desenvolvimento de CA de colo de útero, aumentando para 32,6% quando já havia realizado o exame de Papanicolaou. Assim esta informação reforça que ainda há desconhecimento por parte de algumas mulheres.

Frente a isso, informou-se a respeito dos fatores de risco e sobre a vacina contra HPV. Com relação aos aspectos do comportamento sexual e sua relação com o CA de colo de útero, muitas dúvidas surgiram. Esclareceu-se que estes são fatores de risco, porém a relação sexual desprotegida é o principal deles para a contaminação pelo HPV; tais fatores não serviam como



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

regra geral para a infecção e sim como indicadores mais comumente encontrados.

A contribuição de campanhas explicativas sobre o CA de colo uterino, CA de mama e o exame Papanicolaou se faz necessário, para que a população conheça melhor suas causas e as maneiras corretas de preveni-los. Por isso o profissional da saúde tem papel fundamental na elaboração de práticas educativas. A enfermagem, por sua formação generalista, humana e voltada para a educação em saúde, tem a contribuir para a melhora desse cenário. (BIN, PELLOSO, CARVALHO et al., 2010).

104

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades de educação em saúde são de suma importância, pois permitem a troca de saberes entre os palestrantes e os ouvintes, promovendo um excepcional feed back. Sabemos que uma das atribuições do enfermeiro é a capacitação do indivíduo e a promoção ao autocuidado, cabendo a ele o estímulo e o incentivo a práticas como, o auto exame das mamas e a periodicidade do exame preventivo.

Percebeu-se que, apesar da maioria desconhecer a técnica correta do auto exame das mamas, a maioria das mulheres dedicavam um pouco de seu tempo para realiza-lo. Porém, desconheciam a melhor época para ser realizado com efetividade e muitas foram às vezes em que a técnica do auto exame foi confundido com a mamografia e o exame clínico das mamas.

Notou-se também desconhecimento da relação existente entre o CA uterino e o HPV. Onde muitas mulheres evidenciaram sentir-se constrangidas e envergonhadas durante a realização do exame de Papanicolaou, e sem tempo disponível, fazendo disso alguns dos motivos para a não realização do exame.

Pôde ser percebido que, embora a mídia chame a atenção para o CA uterino e de mama em algumas novelas, programas e propagandas do Ministério da Saúde, isto ainda permanece pouco evidenciado, se tornando casos isolados de orientação. Ainda falta suporte no que diz respeito ao como, onde e quando essas práticas devem ser realizadas. Por isso faz-se necessário



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

à realização de atividades educativas através das equipes de saúde, para maior orientação a respeito de tais práticas.

A experiência de ser palestrante foi excelente, pois entendemos a real importância do enfermeiro, que deve sair das quatro paredes de sua rotina em uma Unidade Básica de Saúde. Com relação aos ouvintes, notou-se que ainda há falta de entendimento de alguns assuntos importantes para que a promoção de saúde seja efetiva. Todavia, a educação em saúde deve ser algo contínuo, para que a necessidade por entendimento do usuário seja devidamente atendida. Por isso além de deter o conhecimento o enfermeiro deve sempre obter uma linguagem clara para falar com os usuários e para qualificar sua equipe.

105

REFERÊNCIAS

BIM CR, PELLOSO SM, CARVALHO MDB, PREVIDELLI ITS. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer (INCA). Falando sobre câncer do colo do útero. **Rio de Janeiro**: INCA; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer (INCA). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª ed. **Rio de Janeiro**: INCA; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. **Rio de Janeiro**: INCA; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. **Rio de Janeiro**: INCA; 2011.

CARVALHO CMRG, BRITO CMS, NERY IS, FIGUEIREDO MLS. Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. **Rev. Bras. Enferm.** 2009; 62(4): 579-82.

CIRINO FMSB, NICHATA LYI, BORGES ALV. Conhecimentos, atitudes e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. **Esc. Anna Nery.** 2010; 14(1): 126-34.

MACHADO MFAS, MONTEIRO EMLM, QUEIROZ DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva.** 2007; 12(2): 335-42.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

MARTINS JJ, ALBUQUERQUE GL, NASCIMENTO ERP, BARRA DCC, SOUZA WGA, PACHECO WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.** 2007; 16(2): 254-62.

MOHALLEM AGC, RODRIGUES AB. Enfermagem oncológica. **Barueri: Manoli;** 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer: directrices sobre política y gestión. **Genebra: OMS;** 1995.

THULER LCS, MENDONÇA GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2005; 27(11): 656-60.

COMISSÃO DO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR: ORIENTAÇÕES SOBRE OS ISOLAMENTOS

MORAES, Ana Paula Kunrath de¹
RIBEIRO, Thiago Lopes²
PEREIRA, Aline³
FERREIRA, Vanderléia Teles⁴
ASSUMPÇÃO, Priscila Kurz de⁵

Palavras-chave: Infecção Hospitalar. Isolamentos. Orientações.

RESUMO: Introdução: Devido à emergência de doenças consideradas erradicadas bem como o surgimento de novas doenças e bactérias cada vez mais resistentes gerou modificações no sistema de precauções. Uma pesquisa do CDC sobre estratégias para prevenção de infecção dentro do ambiente hospitalar mostrou a evolução de terminologias: em 1970, falava-se em

¹ Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Acadêmico do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

³ Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁴ Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁵ Professora da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

precauções de isolamento, em 1983, precauções universais, em 1987, precauções com substâncias corporais, depois, precauções padrão e hoje simplesmente “precaução”, compreendendo todos os tipos de isolamento bem como as barreiras de autoproteção. **Objetivo:** Possibilitar conhecimento adequado aos leigos e profissionais desinformados, quanto os tipos de isolamentos vigentes em um hospital. Objetivando que estes entendam a importância do uso dos EPI ao entrarem nesses isolamentos e utilizarem assim, da forma correta e consciente. **Metodologia:** Elaboração de um *folder* explicativo sobre os isolamentos.

107

INTRODUÇÃO

As primeiras abordagens de Infecções Hospitalares (IH) e uso indiscriminado de antibióticos no Brasil, surgiram por volta de 1950. Em 1963, em Porto Alegre no estado do Rio Grande do Sul, foi elaborada a primeira Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Estado, assim representando um marco histórico de uma iniciativa institucional na implantação de controle de infecção hospitalar (CIH) (RODRIGUES, 2006).

O marco histórico mais relevante até hoje para o desenvolvimento do CIH no Brasil, foi na década de 80, pois neste momento iniciou-se a conscientização dos profissionais de saúde a respeito desta temática, criando assim várias comissões de controle nos hospitais (ANVISA, 2000).

Em 1983, o Ministério da Saúde (MS), publicou a portaria nº 196/83 que determinava que todas as instituições hospitalares deveriam conter Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), independente da entidade mantenedora (BRASIL, 1983). Entretanto esta portaria foi revogada em agosto de 1996 e o MS promulgou outra portaria em 27 de agosto (Portaria 930/92), definindo um conjunto de ações sistemáticas que visavam a redução máxima da incidência e gravidade das IH, acrescentando a obrigatoriedade da manutenção e presença de um médico e um enfermeiro para cada 250 leitos, com dedicação exclusiva, e recomendando a utilização de métodos de busca



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

ativa na coleta de dados de tais infecções. Além disso, deveriam instituir programas de controle de infecção hospitalar, pela normatização e exercício de ações programadas e criar o serviço de controle de IH, que constitui o órgão executivo da CCIH, sendo um órgão normativo (BRASIL, 1992).

A nível Federal foi criada a Comissão Nacional de Controle de Infecção Hospitalar, através da Portaria nº 140 de abril de 1987, que contava com representantes de vários Estados (BRASIL, 1987).

Na Lei Federal nº. 8.080/1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, o Controle das Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde, tradicionalmente chamadas de IH está considerado no âmbito da epidemiologia. Definido como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes da saúde individual ou coletiva, tem a finalidade de recomendar e adotar medidas de controle e prevenção das doenças e seus agravos (BRASIL, 1990).

1.1 OBJETIVO

1.1.1 Geral

Possibilitar conhecimento adequado aos leigos e profissionais desinformados, quanto os tipos de isolamentos vigentes em um hospital. Objetivando que estes entendam a importância do uso dos EPI ao entrarem nesses isolamentos e utilizarem assim, da forma correta e consciente.

1.1.2 Específicos

- Realizar uma educação em saúde aos familiares que visitam pacientes internados em isolamento de contato e/ou respiratório e isolamento protetor.
- Realizar educação em saúde aos funcionários da higienização e da copa



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

quanto, como é importante se protegerem e assim evitar a disseminação desses microrganismos.

1.2 JUSTIFICATIVA

Durante o estágio curricular da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA) em uma instituição hospitalar no Controle de Infecção Hospitalar, percebeu-se um número considerável de infecção hospitalar nas CTI, sendo que poderiam ter sido evitadas se todos envolvidos colaborassem com os isolamentos vigentes, assim não transmitindo de um leito para o outro. Ao questionarem a enfermagem a respeito do assunto houve muitas queixas de enfermeiras a respeito de familiares e funcionários do próprio hospital que não estavam fazendo uso dos EPI ou estavam utilizando da forma incorreta. Frente a isto, percebeu-se que havia uma necessidade de uma educação em saúde a respeito desta temática.

Considerando que os isolamentos devido as infecções e outros preventivos como o de coorte, são frequentes no ambiente hospitalar, observou-se que a educação em saúde é fundamental nestes casos, pois há uma gama de pessoas de setores diferentes que entram e saem destes isolamentos e circulam pelo hospital, tais como da copa, higienização, visitas, enfermagem, médicos, fisioterapeutas, etc., e se essas pessoas não terem o conhecimento correto de como proceder nessas situações pode haver as contaminações cruzadas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR E A ENFERMAGEM

A participação do enfermeiro, no cenário do controle das infecções hospitalares foi baseada na experiência inglesa que iniciou esse profissional como controlador de IF. Porém ao observar a história da enfermagem percebe-se o enfermeiro envolvido no controle de infecção desde Nightingale



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

(FERNANDES; FERNANDES, 2000). Lacerda e Egry (1997) ressaltam a importância do seu trabalho para a recuperação da saúde. Foi com Florence Nightingale que começou a se desenvolver uma sistemática formal para a conquista de um conhecimento novo, ações fundamentadas, conquistando, assim, para a enfermagem sua verdadeira importância, a de restabelecer a saúde por meio do uso da limpeza, ar puro, calor, dieta e repouso, ou seja, ações de controle sobre o meio. Fatores esses fundamentais na prevenção do controle das infecções hospitalares.

110

Dentre as atividades realizadas por enfermeiros, integrantes do CCIH, destacam-se as seguintes: diagnosticar e notificar os casos de infecção hospitalar; identificar os riscos de infecção hospitalar; inspecionar a correta aplicação de técnicas assépticas; avaliar e orientar a implantação de medidas de isolamento e introduzir medidas de prevenção da disseminação de microrganismos; ser um elo entre todos os setores do hospital como disseminador das ações de prevenção e controle de infecções; executar ações de vigilância sanitária nos setores do hospital a fim de identificar problemas relacionados à IH e assim elaborar medidas preventivas ou corretivas; realizar a notificação de doenças compulsórias; colaborar com os serviços de saúde ocupacional; informar outras instituições sobre casos de IH transferidos; realizar ou participar de atividades de ensino teórico/prático sobre o controle de infecção para todos os profissionais da instituição entre outras (LACERDA, 1987).

A temática de prevenção e o controle de infecção devem fazer parte da formação dos profissionais da área da saúde. Ainda mais, deve fazer parte do processo de educação continuada durante o exercício profissional, viabilizando a necessária atualização permanente dos profissionais. Nos dias atuais, não é aceitável, dentro dos padrões éticos estabelecidos, dos paradigmas da qualidade da assistência e da qualidade de vida, qualquer profissional de saúde receber sua credencial profissional, seu diploma, sem ter uma base em prevenção e controle de infecção, sem ter um preparo técnico específico (TIPPLE et al., 2003).

Temos como exemplo dessas técnicas a higienização das mãos, que



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

consiste em um dos maiores desafios para a prevenção das infecções relacionadas ao cuidado em saúde, devido a sua baixa adesão pelos profissionais da área. Estudos mostram justificativas para esta baixa adesão como falta de motivação, irresponsabilidade, falta de consciência, pouca importância ao fato da transmissão cruzada de microrganismos, ausência de pias próximas aos leitos, reações cutâneas nas mãos, falta de tempo, dentre outros (NEVES, 2005).

Há muitos órgãos normatizadores apresentam recomendações quanto a produtos, técnica, frequência, dentre outros aspectos da higienização de mãos a serem seguidos pelos profissionais da área de saúde, baseados em evidências da relação entre a adesão a esta prática e a diminuição dos índices endêmicos de infecção. Entretanto, a adesão à higienização das mãos continua sendo baixa, demonstrando que as informações não estão atingindo o seu maior objetivo, que é a mudança de comportamento (ANVISA, 2008).

A aplicação de técnicas assépticas é um esforço fundamental para o controle de infecção. Envolve práticas que contribuem para a eliminação dos microrganismos nos equipamentos e no ambiente, bem como evita a transmissão cruzada de microrganismos, por meio da correta aplicação de técnicas, seguidos os rigores assépticos. O objetivo de cada técnica é prevenir infecção, otimizar a cicatrização das feridas e minimizar o tempo de recuperação do paciente que se submete a qualquer procedimento invasivo (GARNER, 2000).

Portanto, inspecionar a aplicação de técnicas assépticas envolve o controle de procedimentos invasivos de diversas naturezas e realizados por várias categorias profissionais a que o paciente pode ser submetido durante o seu internamento. A inspeção da correta aplicação de técnicas assépticas exige do enfermeiro competência técnico-científica e estar convencido da importância do rigor dos princípios de assepsia, no desempenho de cada uma delas. Estar alerta, também, às recomendações preconizadas pelos Guidelines do *Center for Disease Control* (CDC), órgão norteador das medidas de Prevenção de Infecções (OLIVEIRA, 2005).



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Os recursos técnicos são necessários e adequados, mas deve-se avaliar suas formas de utilização. Considera-se, nesse âmbito, as condições dos recursos humanos existentes, seu preparo e sua conscientização. Nesse sentido, Barbosa, Vieira e Abbot (2006) identificaram que, mesmo com frequentes capacitações e treinamentos em serviço, com vistas à conscientização para uso de EPI, por exemplo, ainda persistem comportamentos negando a necessidade de autoproteção, com o argumento da perícia e habilidade técnica, ou seja, quem a possui não tem risco de se contaminar. Alerta-se com isso a necessidade da incorporação da cultura da prevenção e quebra de mitos, um desafio que não é fácil de atingir.

112

2.2 ISOLAMENTOS

Devido à emergência de doenças consideradas erradicadas bem como o surgimento de novas doenças e bactérias cada vez mais resistentes gerou modificações no sistema de precauções. Uma pesquisa do CDC sobre estratégias para prevenção de infecção dentro do ambiente hospitalar mostrou a evolução de terminologias: em 1970, falava-se em precauções de isolamento, em 1983, precauções universais, em 1987, precauções com substâncias corporais, depois, precauções padrão e hoje simplesmente “precaução”, compreendendo todos os tipos de isolamento bem como as barreiras de autoproteção (COUTO, 2003).

Define-se isolamento como uma segregação de um caso clínico do convívio de outras pessoas durante o período de transmissibilidade de doenças infecto-contagiosas, a fim de evitar que os susceptíveis sejam infectados. Os profissionais de saúde estão expostos diariamente a doenças infecto-contagiosas, passíveis de serem transmitidas pelo contato com sangue e outros líquidos corporais de pacientes. Dessa forma, a adoção de medidas de isolamento tem sido recomendada na prática profissional e a partir da publicação do *Guideline for Isolation Precautions in Hospital* pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC) (ARMOND; OLIVEIRA, 2005).



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Em caso de internação hospitalar, todo paciente deve ser considerado potencialmente portador de patógenos, mesmo que não apresente sintomas, portanto, na manipulação de sangue e todos os fluidos corpóreos devem sempre ser adotadas as seguintes precauções: lavagem das mãos; uso de EPI; uso de vacinas contra a hepatite B; uso de equipamentos de reanimação respiratória; uso de curativos em feridas exsudativas e medidas de prevenção de acidentes perfuro-cortantes (OLIVEIRA; ARMOND; CLEMENTE, 2005).

113

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

O estágio supervisionado II do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem está sendo realizado na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) no Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo, na Av. Presidente Vargas, nº 2201, na cidade de Santa Maria, RS, Brasil, no período de 03/03/2016 a junho 2016 no turno da manhã de segunda-feira a sexta-feira das 7:30 h as 11:30h, totalizando 480 horas, sob a supervisão das enfermeiras Geane e Stifani.

O CCIH funciona diariamente das 7:30 as 11:30 e das 13h as 17:30, é um setor composto por duas salas e uma recepção. A equipe é formada por duas enfermeiras, uma médica e uma secretária. Este setor é responsável pela busca ativa das possíveis infecções hospitalares, principalmente nas unidades fechadas que são as de mais risco; as notificações compulsórias de doenças para encaminhar a vigilância; o controle da qualidade mensal da água fornecida ao hospital; educação em saúde para seus funcionários a respeito dos riscos biológicos; entre outras funções que envolvam a proteção do paciente a fim de evitar as infecções e suas proliferações.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Cadernos de Saúde Pública, <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>. 2000.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

_____. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Manual de segurança do paciente: Higienização das Mãos. Brasília: Anvisa; 2008.

BARBOSA, M. E.; VIEIRA, M. C. U. ABBOT, A. A eficácia da educação continuada na prevenção de acidentes com riscos biológicos: uma análise qualitativa. In: **VI Congresso pan-americano e X Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar.** Porto Alegre. 2006.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, 1990 Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>> Acesso em abril de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Instruções para o controle das infecções hospitalares.** Portaria 196 / 1983. Brasília, Diário Oficial da União, 26 / 03 / 1983, p. 19-23.

_____. Ministério da Saúde. **Normas para o controle das infecções hospitalares.** Portaria 930 / 1992. Brasília, Diário Oficial da União, 04 / 09 / 92, p. 1227-86.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 140 / 87.** Brasília, Diário Oficial da União, abril, 1987.

FERNANDES, A.T; FERNANDES M.O.V, **Organização e Programa do Controle das infecções Hospitalares.** In: FERNANDES, A. T., As Infecções Hospitalares e suas interfaces na área da saúde, São Paulo: Atheneu, 2000.

GARNER, B. D. **Controle de Infecção.** In: FERNANDES, A. T., As Infecções Hospitalares e suas interfaces na área da saúde, São Paulo: Atheneu, 2000.

LACERDA, R. A. **Atividades das enfermeiras de comissões de controle de infecção hospitalar de hospitais do município de São Paulo.** Dissertação de mestrado, USP, 1987.

LACERDA, R. A.; EGRY, E. Y. Infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 5, nº 4, Ribeirão Preto, 1997.

NEVES, Z. C. P. **Higienização das mãos entre os profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal:** estratégias de incentivo à adesão. [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2005. 96p.

OLIVEIRA, A. C.; ARMOND, G. A.; CLEMENTE, W. T. **Infecções Hospitalares:** epidemiologia, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RODRIGUES, M. C. S. **Um projeto interdisciplinar de controle de infecções hospitalares – passos para a implantação e possíveis desdobramentos.** Esc. Anna Nery, v. 10, n. 3. Rio de Janeiro, dez., 2006.

TIPPLE, A. F. V; PEREIRA, M. S; HAYASHIDA, M; MORIYA, T. M; SOUZA, A. C. S. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 2. Ribeirão Preto, mar-abr, 2003.

Folder informativo sobre Isolamentos

ISOLAMENTO

HIGIENIZAR AS MÃOS CORRETAMENTE ANTES E DEPOIS DE ENTRAR NO QUARTO SEMPRE
 ENTENDA COMO SE PROTEGER E PROTEGER O PACIENTE

Isolamento de Contato

1º Lavar as mãos
 2º Vestir o avental
 3º Colocar as luvas



Isolamento Respiratório Gotícula

1º Lavar as mãos
 2º Colocar máscara cirúrgica



Isolamento Respiratório Aerossóis

1º Lavar as mãos
 2º Colocar máscara N- 95



Máscara PFF2 (N-95)

Isolamento Contato + Respiratório

1º Lavar as mãos
 2º Colocar a máscara
 3º Vestir o avental
 4º Colocar as luvas



Em caso de dúvidas procurar o Posto de Enfermagem

Ac. Enf. FISMA Ana Paula Kunrath de Moraes; Enf^ª. Giane Cervo;
 Enf^ª. Stifani; Enf^ª. Priscila Assumpção - CCIH

Fonte: ANVISA



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

IMPLEMENTAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS HIV E SÍFILIS NOS MUNICÍPIOS REFERENTES 4º CRS.

HOLZSCHUH, Flávia¹
CONTERATO, M, Denise²

116

RESUMO

O número de pessoas infectadas com o HIV/Aids e Sífilis no mundo ainda é bastante significativo, com base nisso, este trabalho tem como objetivo: implementar o teste rápido de HIV e Sífilis nos municípios em que ainda não realizam esse método de diagnóstico. Este trabalho trata-se de um relatório de estágio, ocorreu na 4º Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS), na Linha de cuidado Materno infantil e política do HIV/AIDS, localizada no município de Santa Maria / RS. A implementação dos testes rápidos é uma estratégia de diagnóstico para o HIV e sífilis no âmbito da Atenção Básica. Este é um exame rápido, eficaz, gratuito que disponibiliza resultados precoces. Concluímos que com a implementação dos testes rápidos nos municípios, estamos visando à promoção, prevenção e o restabelecimento da saúde.

INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é descrito como o responsável pelas manifestações relacionadas à AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), onde mais de 60 milhões de pessoas já foram infectadas no mundo (Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/ Aids e outras DST, 2014) Esta epidemia surgiu na década de 90 e início do século XXI através da transmissão homo/hetero e bissexual, pelo uso de drogas injetáveis e segue até os dias de hoje, sendo essa a principal forma de transmissão do HIV (BRASIL, 2012; BRASIL 2013¹).

¹ Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Professora da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

A Sífilis é caracterizada como doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema Pallidum*, pode se manifestar através de três estágios diferentes: sífilis primária, sífilis secundária, sífilis terciária e sífilis congênita (Departamento de DST, Aids, Hepatites Virais, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que a transmissão da sífilis é de 937.000 casos a cada ano (BRASIL, 2014), entre os anos de 2007 a 2014, a vigilância epidemiológica recebeu 1.439 notificações de sífilis.

A OMS estima um milhão de casos de sífilis por ano entre as gestantes e preconiza a detecção e o tratamento de seus parceiros sexuais portadores da sífilis, considerando que a infecção também pode ser transmitida ao feto, desencadeando graves complicações (BRASIL, 2015).

Uma das estratégias a ser utilizada é a implantação dos testes rápidos, onde esses servem de diagnóstico para o HIV e triagem da sífilis no âmbito da Atenção Básica, com responsabilidades divididas entre os três níveis de gestão do SUS, no intuito de promover um diagnóstico precoce desses agravos na população em geral e também em gestantes e com isso dar início as ações de prevenção, visando à redução das taxas de transmissão HIV e a eliminação da sífilis, bem como reduzir a taxa de óbitos maternos infantis (BRASIL, 2015). Sendo assim este trabalho tem como **objetivo**: implementar o teste rápido de HIV e Sífilis nos municípios em que ainda não realizam esse método de diagnóstico.

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um relatório de estágio, vivenciado por uma acadêmica do VIII semestre do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA, durante a prática do Estágio Supervisionado I.

A vivência do estágio ocorreu na 4ª CRS, na Linha de cuidado Materno infantil e política do HIV/AIDS, localizada no município de Santa Maria / RS. Esta linha de cuidado é composta por uma equipe multiprofissional, sendo composta por uma enfermeira, uma nutricionista e uma médica pediatra.



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

O estágio ocorreu em um período de agosto a novembro de 2015, sendo todos os dias da semana no turno da manhã. Para o alcance do objetivo deste relatório de estágio foi realizado uma busca ativa por telefone, para sabermos quais municípios da 4^o CRS ainda não aderiram os testes rápidos em suas Unidades Básicas de Saúde (U.B.S).

Após a busca ativa por telefone, foram realizadas visitas aos municípios que ainda não haviam aderido ao teste rápido. Onde os enfermeiros das unidades básicas de saúde foram orientados e em seguida foi realizado uma mini-oficina para os profissionais treinarem a realização do teste, bem como foi explicado e sanado as dúvidas que fossem surgindo no decorrer deste processo.

RESULTADOS

Para o alcance do objetivo deste trabalho foi realizado uma busca ativa por telefone para sabermos quais municípios da 4^o Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) não aderiram os testes rápidos em suas Unidades Básicas de Saúde (U.B.S).

Com isso, elaboramos uma planilha para o levantamento de dados, posteriormente realizamos uma visita aos municípios que ainda não haviam implementado o Teste Rápido, sendo assim, foi ofertado uma capacitação alertando a importância da implementação dos testes rápidos em seus municípios, visando atingir maior número da população, vindo a diminuir e ou tratar casos de HIV e sífilis (ver anexos).

Pois como vimos, é crescente o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS e/ou sífilis, sendo essas doenças sexualmente transmissíveis, o vírus do HIV é o responsável pelas manifestações relacionadas à AIDS.

Na Sífilis Primária e Secundária são os estágios que aparecem mais sintomas e também o período em que a doença é mais contagiosa. Os primeiros sintomas da doença aparecem na região genital, bem como pequenas feridas e “ínguas”, podendo ser uma ou várias, dolorosas ou não (Departamento de DST, Aids, Hepatites Virais, 2015).

As feridas aparecem entre 7 a 20 dias após a relação sexual desprotegida com o parceiro infectado, estas não doem, não ardem, não apresentam pus e



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

muitas vezes desaparecem sem deixar sinal de cicatriz mesmo sem tratamento. Mas a pessoa continua desenvolvendo a doença (Departamento de DST, Aids, Hepatites Virais, 2015).

No caso de Sífilis Terciária, por vezes podem não apresentar sintomas e isso concede a impressão de cura da doença ou para quem não sabe que é portador da Sífilis, pode conviver anos com a doença, sem saber que possui a mesma (Departamento de DST, Aids, Hepatites Virais, 2015).

A sífilis congênita é caracterizada pela disseminação hematogênica do *treponema pallidum* da gestante infectada, não tratada ou tratada inadequadamente. Com isso a transmissão ocorre em qualquer fase gestacional, via transplacentária para o feto. A probabilidade de transmissão depende do estágio da sífilis na mãe e também a duração da exposição ao feto (Departamento de DST, Aids, Hepatites Virais, 2015).

Quando a gestante for diagnosticada com sífilis, o risco de transmissão vertical em mulheres não tratadas é de 70 a 100 % nas fases primária e secundária da doença. Se não houver realizado o tratamento correto da sífilis, poderá causar aborto espontâneo, má formação do feto e/ou morte ao nascer (BRASIL, 2007). Em vista disso, destacamos a importância da realização do pré-natal, pois na primeira consulta é realizado o teste rápido para o diagnóstico de HIV e Sífilis, se caso o resultado for positivo, é dado início ao tratamento, onde salientamos que é muito importante que o parceiro também o realize. E ainda é enfatizado a importância do cuidado especial durante o parto para evitar sequelas no bebê, como cegueira, surdez e deficiência mental (BRASIL, 2007).

Com base no que foi exposto, a transmissão do HIV/sífilis pode ocorrer durante o sexo desprotegido entre homo/hetero e bissexual, através do sexo anal, vaginal ou oral. O HIV ainda pode ser transmitido através de transfusão de sanguínea, agulha contaminada, transmissão vertical passado de mãe para filho e também durante a prática do aleitamento materno. E a transmissão da sífilis, também ocorre através do sexo desprotegido, mas não é passado de mãe para filho. A propagação deste vírus ocorre pelo contato direto de uma membrana e/ou mucosa durante a relação sexual, por via da corrente sanguínea ou devido a qualquer exposição a fluídos corpóreos infectados com



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

o vírus, como sangue, sémen, secreção vaginal (Departamento de DST, Aids, Hepatites Virais, 2015).

As ações necessárias para o diagnóstico do HIV e Sífilis são realizadas através do Teste Rápido ou pela coleta de exames de sangue. Ambos são ofertados na rede de Atenção Básica, onde essa representa um conjunto de estratégias do Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de qualificar e facilitar o acesso da população ao diagnóstico precoce destas doenças, de acordo com a Portaria nº 77/GM/MS, de 12 de janeiro de 2012, que dispõe sobre a realização destes testes (BRASIL, 2012).

Os Testes Rápidos podem ser realizados pelo profissional enfermeiro, que segundo o Conselho Federal de Enfermagem, por meio do parecer normativo nº 001 de 2013 (COFEN, 2012), aprovou a competência do enfermeiro para realizar TR para diagnósticos de HIV, Sífilis e outros agravos. Esta decisão vem para ampliar o acesso ao diagnóstico dos mesmos, além de seguir as diretrizes repassadas pelo MS no sentido de implementar estratégias de acesso ao diagnóstico de determinadas doenças, especialmente em gestantes e populações mais vulneráveis.

Apesar de o teste rápido ser pouco conhecido pela população, é um exame eficaz e rápido, que disponibiliza os resultados precoces, sendo gratuito e ofertado nas unidades de saúde da rede de atenção básica (CONASENS, 2013), por isso as ações em saúde devem estar voltadas para sua maior divulgação.

Os exames laboratoriais convencionais são complexos, necessitam de profissionais especializados em laboratório, infraestrutura física adequada, máquinas apropriadas. Além disso, o prazo para entrega dos resultados desses testes pode ser longo, levando o paciente a perder o interesse pelo resultado.

Com base nisso, devido à necessidade de uma nova tecnologia, foi desenvolvido em 1980 os Testes Rápidos (T.R) de diagnósticos de HIV e Sífilis, onde estes são considerados um dispositivo de teste único, que não depende de infraestrutura laboratorial e que produz resultado em tempo igual ou inferior a 30 minutos (Departamento de DST, Aids, Hepatites Virais, 2015).

Quando for entregue os resultados do teste rápido de HIV- Sífilis, se este for não reagente, deve ser realizada a prevenção, discutir e conversar com o



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

usuário sobre o uso de preservativos e métodos de anticoncepção, bem como evitar o compartilhamento de agulhas e seringas, no caso de usuários de drogas injetáveis.

Caso o resultado do teste seja reagente é preconizado realizar outro teste rápido de outro laboratório, sendo que o diagnóstico de HIV deve ser obtido com a realização de dois testes rápidos de marcas diferentes validados pelo MS.

Se os dois testes forem reagentes, os profissionais da área da saúde devem realizar uma abordagem inicial, tentando estabelecer uma relação entre usuário-profissional, esta pode ser através de um acolhimento ou aconselhamento.

O acolhimento é uma prática utilizada entre os trabalhadores de saúde como uma forma de receber, escutar e acolher as pessoas. Sendo importante o aconselhamento em DST/Aids, onde esse é um momento estratégico para ações de prevenção, educação em saúde e detecção precoce de agravos (Linha de cuidado para pessoas vivendo com HIV, AIDS e outras DST, 2014)

É de fundamental importância permitir o usuário tempo necessário para assimilar o impacto do diagnóstico e expressar seus sentimentos. Com isso devemos colocar para o paciente que o resultado reagente para HIV não significa estar com AIDS e também devemos reforçar que há possibilidades de tratamento (Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/ Aids e outras DST, 2014).

Ao paciente com resultado reagente para HIV, deve ser encaminhado para a primeira consulta médica, onde este é um momento fundamental para o usuário, pois além de avaliação clínica, é realizada uma abordagem laboratorial que auxilia na avaliação da condição geral de saúde (Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/ Aids e outras DST, 2014).

É de suma importância a consulta de adesão, onde o paciente é preparado para o início do tratamento, e esta deve ocorrer sempre que for necessário, para auxiliá-lo na continuidade do tratamento (Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/ Aids e outras DST, 2014).

A aceitação do tratamento de HIV ou Sífilis é um processo que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais, e isso requer decisões



ANAIAS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

compartilhadas e corresponsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV e a equipe de saúde. É muito importante que o usuário conheça as características da doença e entenda claramente o objetivo da terapia antirretroviral (TARV) e participe da decisão de iniciar, compreendendo a importância da tomada continuada e correta do medicamento, diminuindo a transmissão da doença (Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/ Aids e outras DST, 2014).

É essencial que o usuário tenha conhecimentos básicos sobre a doença, formas de transmissão, significado dos exames laboratoriais bem como a contagem de linfócitos T-CD4, carga viral e também os possíveis eventos adversos relacionados à TARV (BRASIL, 2013).

CONCLUSÃO

Concluimos que, na área da saúde, mais especificadamente na Enfermagem, encontramos uma gama de atividades voltadas para o cuidado com o ser humano, sendo assim, conseguimos atingir o objetivo proposto. Uma vez que, com a implementação dos testes rápidos nos municípios referentes a 4 CRS, estamos visando à promoção, prevenção e o restabelecimento de sua saúde.

Este estágio foi de fundamental importância para o crescimento pessoal e profissional como futura enfermeira, considerando um processo de aprendizagem positivo, pois permitiu que a acadêmica conhecesse a realidade que é vivenciada dentro da coordenadoria.

Com isso, consegui atingir a maioria das atividades propostas, bem como desenvolvi um bom relacionamento com a equipe multiprofissional, além de aprender e compreender as questões específicas da política do HIV e Aids.

Saliento que as orientações recebidas pela enfermeira supervisora foram fundamentais para o desenvolvimento do estágio e para a minha evolução gradual.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e Sífilis: Manual de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007

Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção do HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013¹.**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes/Aids** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS.** Brasília. Ministério da Saúde. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária Vigilância em saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis.** Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2015.

COFEN, 2012. Disponível em: http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/vigilancia_epidemiologica/doencas_transm%20issiveis/arquivo/2013/04/26. Acesso em: 10 de setembro de 2015.

CONASENS, 2013. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/index.php/comunicacao/noticias-principais/2806-teste-rapido-de-sifilis>.> Acesso: em 10 de setembro de 2015.

Departamento de DST, Aids, Hepatites Virais. Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. 2015.

Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/ Aids (PVHA) e outras DST. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretária Estadual de Saúde. Coordenação Estadual de DST/AIDS. Coordenação Estadual de Atenção Básica. Porto Alegre, 2014.

ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

ANEXOS

3. PLANILHA TESTE RAPIDO HIV / SIFILIS

MUNICIPIOS	POPULAÇÃO	REALIZAM TESTE RAPIDO HIV E SIFILIS?	Nº DE UNIDADES	FOI IMPLEMENTADO T.R ?
Agudo	16.729	NÃO	5	SIM
Cacequi	13.685	SIM	6	
Capão do Cipó	3.107	SIM	2	
Dilermando de Aguiar	3.064	NÃO	2	
Dona Francisca	3.401	SIM	2	
Faxinal do Soturno	6.672	SIM	2	
Formigueiro	7.014	SIM	3	
Itaara	5.011	NÃO	1	SIM
Itacurubi	3.441	SIM	1	
Ivorá	2.156	SIM	1	
Jaguari	11.478	SIM	5	
Jari	3.575	NÃO	1	
Julio de Castilhos	19.579	NÃO	8	SIM
Mata	5.111	SIM	2	
Nova Esperança do Sul	4.671	SIM	2	
Nova Palma	6.345	SIM	3	
Paraíso do Sul	7.336	NÃO	2	SIM
Pinhal Grande	4.471	NÃO	2	SIM
Quevedos	2.710	SIM	1	
Restinga Sêca	15.850	SIM	7	
Santa Maria	261.027	SIM	29	
Santiago	49.082	SIM	16	
São Francisco de Assis	19.258	SIM	6	

ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

São João do Polesine	2.635	SIM	2	
São Martinho da Serra	3.201	SIM	1	
São Pedro do Sul	16.371	SIM	4	
São Sepé	23.798	NÃO	10	SIM
São Vicente do Sul	8.440	SIM	7	
Silveira Martins	2.452	SIM	1	
Toropi	2.952	SIM	1	
Unistalda	2.453	SIM	1	
Vila Nova do Sul	4.221	SIM	1	

** JULIO DE CASTILHOS REALIZAVA O TR, MAS TROCOU A ENFERMEIRA, PARARAM DE FAZER

*** SÃO SEPÉ REALIZAVA O TR, MAS TROCOU A ENFERMEIRA ELES PARARAM DE FAZER, REALIZADO VISITA

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL: IMPORTÂNCIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO¹

MACIEL, Tainã Vidal²
DAMACENO, Adalvane Nobres³

RESUMO: Conforme o Ministério da Saúde (2010) a sífilis é uma enfermidade sistêmica, infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum* exclusiva do ser humano, conhecida desde o século XV, e seu estudo ocupa todas as especialidades médicas. O objetivo é relatar experiência junto a consulta de

¹ Trabalho completo produzido no GIPES – Grupo Interdisciplinar De Pesquisa Em Saúde Hospitalar educação Saúde.

² Acadêmica de Enfermagem – 7º Semestre da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA.

³ Orientador. Mestre em Enfermagem. Professor da Faculdade Integrada de Santa Maria - FISMA



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

enfermagem com gestantes diagnosticadas com sífilis gestacional e que estão em fase de adesão ao tratamento vivenciada em uma unidade básica mista do município de Santa Maria. Trata-se de um relato de experiência vivenciado na unidade de saúde mista do município de Santa Maria, conforme estágio curricular obrigatório do sétimo semestre de enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria no período de 28 de março a 28 abril de 2016. A transmissão vertical da sífilis permanece um grande problema de saúde pública no Brasil. Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo grávido puerperal, a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão. Concluiu-se que no local onde foram realizada as pesquisas a maioria das gestantes foram diagnosticadas com sífilis gestacional, sendo tratada e algumas reinfectadas. Sabe-se que é de suma importância o tratamento simultâneo da gestante e do parceiro para que haja tratamento eficaz.

126

DESCRITORES: Sífilis congênita; Pré-natal ; Diagnóstico pré-natal ; Atenção Primária a Saúde ; Enfermagem,

INTRODUÇÃO

Conforme o Ministério da Saúde (2010) a sífilis é uma enfermidade sistêmica, infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum* exclusiva do ser humano, conhecida desde o século XV, e seu estudo ocupa todas as especialidades médicas. Os primeiro escritos de sífilis foram feitos pelo médico e poeta Girolamo Fracastoro, que em seu livro narra a história da Syphilis, onde um pastor amaldiçoou o Deus Apolo e foi punido com o que seria a doença da Syphilis . Em 1546 Fracastoro levantou a hipótese de que a doença fosse transmitida na relação sexual por pequenas sementes. Nesta época essa ideia não foi levada em consideração e, apenas no final do século XIX, com Louis Pasteur, passou a ter crédito (BRASIL, 2010).

O agente etiológico da sífilis, foi descoberto somente em 1905, pelo zoologista Fritz Schaudin e pelo dermatologista Paul Erich Hoffman. Schaudin examinou o preparado a fresco, da amostra coletada por Hoffmann de pápula existente na vulva de uma mulher com sífilis secundária. Os dois observaram ao microscópio os microrganismos espiralados, finos, que giravam em torno do



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

seu maior comprimento e que moviam-se para frente e para trás. Denominaram - os, inicialmente, de *Spirochaeta pallida* e, um ano depois, mudaram o nome para *Treponema pallidum* (BRASIL, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2010), a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e sua erradicação continua a desafiar a saúde pública. A sífilis, e em particular a sífilis congênita, não é somente passível de controle e eliminação, como os custos de tal empreitada são irrisórios, se considerarmos os recursos de saúde pública que se encontram ao nosso alcance. A (OMS) estima a incidência anual de sífilis em cerca de 714 mil casos, em uma perspectiva mais conservadora, e de até 1,6 milhões de casos de sífilis congênita em todo o mundo.

A transmissão vertical da sífilis permanece um grande problema de saúde pública no Brasil. Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo grávido puerperal, a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão. No Brasil, estudos de representatividade nacional estimam uma prevalência em gestantes de 1,6% da infecção, em 2004, representando cerca de 50 mil parturientes com sífilis ativa e uma estimativa de 15 mil crianças nascendo com sífilis congênita para aquele ano, em média. Desde 1986, a sífilis congênita é de notificação compulsória, tendo sido incluída no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (BRASIL, 2010).

A sífilis é uma doença infecciosa que trás diversos fatores de risco a vida do bebê quanto a vida da mãe, como por exemplo, natimorto ,aborto espontâneo entre outras situações. Geralmente quando a mulher contrai sífilis durante a sua gravidez, o recém-nascido pode ter infecção assintomático ou sintomática.

Mais de 50% das crianças infectadas são assintomática ao nascimento, com surgimento dos primeiros sintomas, geralmente, nos primeiros três meses de vida. Por isso, é muito importante a triagem sorológica da mãe na maternidade. Acreditava-se que a infecção do feto a partir da mãe com sífilis não ocorresse antes do 4º mês de gestação, entretanto, já se constatou a



ANAIAS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

presença de *T. pallidum* em fetos, já a partir da nona semana de gestação (BRASIL, 2006).

Como elementos fundamentais no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis, as ações de diagnóstico e prevenção precisam ser reforçadas especialmente no pré-natal e parto; porém idealmente essas ações seriam mais efetivas se realizadas com a população em geral, ainda antes da gravidez ocorrer (BRASIL, 2006). Atualmente, há certo consenso quanto ao fato da sífilis ter sido uma doença desconhecida no Velho Mundo até o final do século XV, porém sua origem geográfica continua causando polêmicas.

Justifica-se, uma vez que, a sífilis congênita revelar-se uma doença infecciosa que trás diversos problemas a saúde da mãe e do bebê. As consequências incluem aborto, natimorto e nascimento prematuro. O tratamento é barato e efetivo, sendo oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de forma gratuita tanto para a gestante como para o companheiro, evitando assim que o bebê seja contaminado e possa nascer com sífilis Congênita.

Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho é relatar experiência junto a consulta de enfermagem com gestantes diagnosticadas com sífilis gestacional e que estão em fase de adesão ao tratamento vivenciada em uma unidade básica mista do município de Santa Maria.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência vivenciado na unidade de saúde mista do município de Santa Maria, conforme estágio curricular obrigatório do sétimo semestre de enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria no período de 28 de março a 28 abril de 2016. Na delimitação dos pacientes foram selecionados todas as mulheres que procuram o serviços da unidade e que estão gestantes.

No primeiro momento foi solicitado a autorização da coleta dos dados a Enfermeira Coordenadora da unidade, sendo que a coleta de dados será por meio de consulta de acolhimento onde as mulheres gestantes fazem os



ANAIAS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

primeiros exames laboratoriais do primeiro trimestre de gestação ,juntamente com os testes rápido de Sífilis e HIV. Estes dados que foram coletados serviram para nortear o relato de experiência e para nortear as formas de tratamento. As consultas de acolhimento foram realizadas em uma sala reservada, para que haja privacidade a cada uma delas e que as mesmas se sintam a vontade na hora da realização dos testes rápido e do diagnóstico. Todas as informações descritas pela paciente serão relatadas em seu prontuário eletrônico, sendo que se for positivo o resultado, estas informações são passadas para um caderno de controle interno e serão notificadas e enviadas a vigilância epidemiológica.

129

Da mesma forma, se o resultado fosse positivo, a gestante teria que informar ao companheiro e encaminhar o mesmo para consulta para que haja tratamento simultâneo. Logo, que a gestante for notificada será feito o pedido das medicações que ela e o parceiro irão utilizar e o casal irá começar a tratar, para que não nasça o bebê com sífilis congênita.

Deste modo, a técnica de enfermagem do serviço que irá aplicar as injeções terá que ter o controle se os dois fizeram o tratamento certo, para que não haja uma nova contaminação. O casal será orientado ao uso de preservativo nas relações e quando terminar o tratamento serão encaminhados para enfermeira ou a médica responsável para novos exames.

RESULTADOS E DISCUSÕES

Conforme Ministério da Saúde (2005), uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período.

Apesar da ampliação na cobertura do pré-natal, a análise dos dados disponíveis demonstra comprometimento da qualidade dessa atenção. Isso pode ser evidenciado pela incidência de sífilis congênita, estimada em 12 casos/1000 nascidos vivos no SUS (BRASIL, 2005).



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Deste modo, a transmissão vertical da sífilis permanece um grande problema de saúde pública no Brasil. Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo grávido puerperal, a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão. Acreditava-se que a infecção do feto a partir da mãe com sífilis não ocorresse antes do 4º mês de gestação, entretanto, já se constatou a presença de *Treponema Pallidum* em fetos, já a partir da 9ª semana de gestação (BRASIL, 2006).

130

Conforme o Ministério da saúde (2011), o fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápido para triagem da sífilis em situações especiais, o teste rápido e a definição do diagnóstico da sífilis é importante, assim como o seu tratamento oportuno, é fundamental na redução da transmissão vertical e da morbimortalidade.

No cenário onde acontece o relato, as pacientes procuram a unidade para consultar pois tem hipótese de estarem grávidas. Ao solicitarem atendimento para o médico, elas são informadas que terão que passar por consulta de acolhimento com a enfermagem onde será feito uma triagem para identificar a real situação e depois se necessário são encaminhadas para consulta.

As mesmas são chamadas por ordem de chegada. Logo a Enfermeira do serviço e a Acadêmica Enfermagem 7º semestre chamam para o acolhimento que para Franco, Bueno e Merhy (1999) o acolhimento propõe, principalmente, inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, no sentido da garantia do acesso universal, capaz de acolher, escutar e dar uma resposta positiva e resolutiva aos problemas de saúde da população. Reorganizar o processo de trabalho a fim de que este desloque seu eixo centralizado na figura do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário e atendimento humanizado, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

O atendimento ocorreu em uma sala reservada, para que houvesse privacidade na hora do atendimento e que as mesmas se sentissem há vontade para relatar os fatos. Cada paciente possui um prontuário eletrônico



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

onde todas as consultas e procedimentos feitos pelo SUS são anotados. No acolhimento foram abordados diversos temas ,como se tens filhos, com quem mora, qual o motive que levou a procurar a unidade entre outros.

No momento em que a mulher relata achar que está grávida é colhida algumas informações sobre data da última menstruação, se teve relação sexual sem preservativo ,se a mulher tem um parceiro ou tem diversos e se ela está tendo alguns sintomas como náusea , êmise e dores no seio.

Conforme o Ministério da Saúde (2013) uma das ações da Rede Cegonha é a implantação do Teste Rápido de Gravidez (TRG) em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS). O objetivo da implantação dessa tecnologia é oferecer o acesso à detecção precoce da gestação, com acolhimento da equipe de Atenção Básica (AB) e orientações baseadas nas

O diagnóstico de gravidez baseia-se na história, no exame físico e nos testes laboratoriais. Frente a uma amenorreia ou atraso menstrual, deve-se, antes de tudo, suspeitar da possibilidade de uma gestação (BRASIL, 2005).A oferta do TRG apresenta-se não apenas como insumo, mas como dispositivo que oportuniza o diálogo sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva, com identificação de fatores de risco à saúde e intervenções em tempo oportuno (BRASIL, 2013).

Logo, a paciente é orientada para fazer o teste rápido de gravidez (TRG). O TRG funciona de forma fácil e rápida, a paciente urina em um pote de coleta depois de duas horas sem urinar, ou na primeira hora da manhã, logo é colocado a fita do teste mergulhando na urina, esperar a fita fique toda rosa, caso tenha um traço o resultado é negativo, e se tiver dois traços é positivo. Se o Teste for negativo, deve ser agendada consulta para o planejamento familiar, principalmente para a paciente adolescente.

Já se o teste for positivo, segundo Ministério da Saúde (2005) após a confirmação da gravidez em consulta, médica ou de enfermagem, dá-se início ao acompanhamento da gestante, com seu cadastramento no SISPRENATAL.



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Os procedimentos e as condutas que se seguem devem ser realizados sistematicamente e avaliados em toda consulta de pré-natal. As condutas e os achados diagnósticos sempre devem ser anotados na ficha perinatal e no cartão da gestante. Nesse momento, a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento pré-natal – sequência de consultas, visitas domiciliares e reuniões educativas (BRASIL, 2005).

132

A gestante é encaminhada para fazer os exames do primeiro trimestre de gestação e os testes rápido de sífilis e HIV, que são muito importantes para nortear a conduta que a enfermeira deverá tomar. O teste rápido de sífilis e HIV é feito no momento da consulta para que se possível seja detectado qualquer intervenção que possa ocorrer o mais breve possível. O teste de sífilis e HIV são basicamente iguais, cada um vem com um dispositivo teste ,tampão diluente ,pipeta para coleta sangue e lanceta.

É importante ressaltar que em uma caixa de teste rápido de sífilis e HIV vem somente um vidro contendo 4 ml de diluente que são necessários para todos os testes que contem em uma caixa, pois será utilizado apenas 4 gotas em cada teste. Logo a enfermeira deve estar atenta para não colocar os diluentes no dispositivo errado, para que não haja erro do teste.

Com todos os componentes do teste em uma bancada, é explicado a paciente quais são os passos, é feito assepsia no dedo, logo, picamos com a lanceta e ordenhasse o dedo para vir sangue, coleta a gota com cada pipeta referente a cada teste e coloca – se o sangue no dispositivo teste. Recomenda-se que aguarde por 20 minutos para ter um resultado fidedigno. Depois de aguardado os 20 minutos, o resultado. Se positivo, a gestante será encaminhada para a médica e conforme o protocolo de tratamento a médica prescreve a quantia exata do medicamento, neste momento a já se pede o exame laboratorial VDRL tanto da gestante quando do parceiro para que os dois tenham tratamento simultâneo. Segundo o Ministério da Saúde (2015) o tratamento é com Penicilina G benzatina, 2,4 milhões a quantia exata somente a médica que irá estipular o necessário. Logo é solicitado que o parceiro faça exames para confirmação com a intenção de se tratar o mais rápido possível

,evitando uma reinfecção .A gestante é orientada ao uso do preservativo nas relações sexuais. Somente os testes não treponêmicos quantitativos são indicados para avaliar a eficácia do tratamento.

Recomenda-se sua realização a cada seis meses, até o final do segundo ano após o tratamento. Quanto mais precoce for o tratamento após a infecção, mais rapidamente haverá desaparecimento dos anticorpos circulantes, com a consequente negatificação dos testes não treponêmicos ou ainda sua estabilização em títulos baixos (BRASIL, 2010).

Após todas as aplicações de Penicilina G benzatina, a gestante retorna e é encaminhada para novos exames laboratoriais onde irá detectar se o tratamento foi eficaz ou se terá que reiniciar novamente. Por fim, esta gestante terá que fazer de três em três meses o VDRL até o dia do nascimento do bebê para verificar se não teve uma reinfecção.

CONCLUSÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível que afeta milhões de pessoas no Brasil e no mundo, principalmente as mulheres que estão em período gestacional. Sabe-se que se não tratada poderá transmitir ao bebê, trazendo diversos problemas como, natimorto, aborto, e outras sequelas. O tratamento deverá ser rigoroso e a gestante terá que usar preservativo na relação sexual para não transmitir ou que mesma seja infectada novamente.

Logo, viu – se no contexto em que estava inserido o grande número de gestantes contaminadas por sífilis, onde muitas destas foram tratadas no primeiro trimestre de gestação e nos meses seguintes foram reinfectadas. Deste modo percebe – se a importância do tratamento adequado tanto da gestante quando do parceiro pois muitas vezes somente a gestante trata mas o parceiro não ,fazendo que mais a diante a gestante tenha que fazer novamente o tratamento pois teve contato com parceiro sem preservativo e acabou reinfectando. O ponto mais difícil é conscientizar a gestante do quanto é importante o tratamento tanto para ela quanto para a vida da criança que vai nascer, pois a sífilis congênita pode trazer diversas sequelas para este recém



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

nascido. Já o lado positivo foi que desde o ano de 2015 na unidade de saúde mista, pode se ter melhor o diagnóstico destas gestantes, e não passou nem uma despercebido, ajudando assim para um diagnóstico precoce e diminuindo o número de crianças nascidas com sífilis congênita. Hoje, as gestantes já estão bem mais conscientes do risco que a sífilis traz tanto para elas mesmas quanto para o seu bebê, sendo assim tem-se um amadurecimento destas pessoas e uma maior preocupação com sua saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Teste rápido de gravidez na Atenção Básica : guia técnico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada-manual técnico**, Secretaria de Atenção à Saúde da Mulher, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas –Brasília : Ministério da Saúde ,2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**, Secretaria de Vigilância em Saúde, , Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

A ENFERMAGEM NA ATENÇÃO DOMICILIAR

PEREIRA, Aline¹
MORAES, Ana Paula Kunrath de²
FERREIRA, Vanderleia Teles³
AGUIAR, Michelle Almeida de⁴
ASSUMPÇÃO, Priscila Kurz⁵

Descritores: Atenção Domiciliar. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O presente Projeto de Pesquisa tem como tema geral a Atenção Domiciliar delimitando assim o papel do enfermeiro no contexto da Atenção Domiciliar.

A lei nº 10.424, de abril de 2002 atualizou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, acrescentando a regulamentação da assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002). Ressaltando que a atenção básica define-se por uma articulação de ações de saúde como a promoção, proteção, prevenção e reabilitação, tanto do individual quanto do coletivo (BRASIL, 2011). Sendo assim, é responsabilidade da atenção básica dar atendimento a população de acordo com suas necessidades em saúde, muitas vezes há barreiras que impedem essa população de chegar até a atenção básica, necessitando assim da assistência em domicílio (BRASIL, 2012).

Esta assistência domiciliar é uma atividade inerente das equipes de atenção básica, e estas devem estar preparadas para atender esta população, exigindo uma reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e realizar discussões sobre concepções e abordagens à família. Espera-se que a equipe de atenção básica sejam capacitadas de forma crítica e senso crítico

¹ Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

³ Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁴ Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁵ Professora da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

mediante uma prática humanizada, competente e resolutive (BRASIL, 2012). Geralmente o enfermeiro é reconhecido como o profissional capacitado desde a sua formação acadêmica para lidar com situações que abarquem vulnerabilidades e a promoção da qualidade de vida, através de estratégias promissoras (SANTOS, SAUNDERS, BAIÃO, 2012). Sugerindo assim, que o enfermeiro seja um profissional adequado e preparado para essas assistências domiciliares.

136

Diante disso, percebe-se a importância da temática, se tratando de um serviço essencial para a população, assim tem-se como questão norteadora: O que tem sido produzido na literatura científica sobre atenção domiciliar e a enfermagem?

Com este estudo pretende-se contribuir para a atualização e conhecimentos dos profissionais de enfermagem quanto a temática Atenção Domiciliar.

OBJETIVO

Descrever o que tem sido produzido na literatura científica atual sobre a atenção domiciliar e a enfermagem.

JUSTIFICATIVA

Devido a atenção domiciliar ser um assunto pertinente atualmente e de suma importância para a população, surgiu assim o interesse na temática, e corroborando com isso o estágio acadêmico realizado no Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria (SADHUSM), o qual reafirmou a importância deste serviço no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

REVISÃO DE LITERATURA

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Assistência domiciliar trata-se de uma modalidade de atendimento efetuado em domicílio, sendo considerado um atendimento contínuo dos cuidados à saúde, objetivando promover, manter ou restaurar a saúde, ajudar na independência do paciente minimizando as incapacitações ou doenças, inclusive as sem perspectiva de cura. Na assistência domiciliar o profissional de saúde deve ter interação plena com o paciente, sua família e cuidador, podendo ser atribuições ambulatoriais, programadas e continuadas em domicílio, podendo ser caracterizada pela visita domiciliar ou internação domiciliar. A diferença entre a atenção domiciliar e a assistência domiciliar, é que a primeira envolve a promoção à saúde em sua totalidade, já a segunda tem ênfase na assistência a um indivíduo que a necessita em domicílio (GIACOMOZZI, LACERDA, 2006).

Para uma efetiva assistência domiciliar é fundamental que haja uma equipe multiprofissional com práticas interdisciplinares, no qual possibilita a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ou seja, a troca de conhecimentos, havendo assim transformações de ambas as partes, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas da equipe contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 2012).

O cuidado de enfermagem em domicílio trata-se de um “serviço de acompanhamento, tratamento, recuperação e reabilitação de pacientes, de diferentes faixas etárias, em respostas a sua necessidade e de seus familiares, providenciando efetivo funcionamento do contexto domiciliar”. A atividade de cuidado domiciliar também deve considerar a organização familiar e comunitária em que o paciente está inserido, bem como “integrar o sistema de cuidado profissional de saúde com o sistema de cuidado popular exercido pelo grupo familiar ou rede de apoio social deste paciente”(PAZ, SANTOS, 2003).

REGULAMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Lei nº 10.424, de Abril de 2002



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Como Lei Federal trata-se da Lei nº 10.424, de Abril de 2002 atualizou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, acrescentando a regulamentação da assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde, adicionando o Capítulo VI: Do subsistema de atendimento e internação domiciliar.

Onde estabelece, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar:

Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

Portaria nº 2.529 de 19 de Outubro de 2006

Quando fala-se de portarias, inicia-se pela Portaria nº 2.529 de 19 de Outubro de 2006 que institui a internação domiciliar no âmbito do SUS, a qual instituiu a Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; Definiu como Internação Domiciliar, no âmbito do SUS, o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim;

Definiu que os Serviços de Internação Domiciliar são compostos de: Equipes Multiprofissionais de Internação Domiciliar, compostas, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem; e Equipes Matriciais de Apoio, podendo ser compartilhadas por várias equipes ou serviços de Internação Domiciliar, ou mesmo com a rede de serviços de saúde, composta por outros profissionais de nível superior, levando em consideração o perfil da atenção a ser prestada e os protocolos firmados;



ANAIAS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Definiu também, que uma Equipe Multiprofissional de Internação Domiciliar esteja referida a uma população mínima de 100.000 (cem mil) habitantes e os municípios poderão habilitar uma equipe por grupo populacional de referência de 100.000 (cem mil) habitantes; Definiu como meta a média de 30 (trinta) internações/mês por equipe, com média de permanência de até 30 (trinta) dias; Definir que os Serviços de Internação Domiciliar garantam retaguarda no período da noite e finais de semana para as pessoas sob cuidado das equipes.

Estabeleceu, de acordo com os Anexos I e II a esta Portaria o roteiro e as condições mínimas para credenciamento dos Serviços de Internação Domiciliar que deverão ser explicitadas na elaboração dos programas locais de internação domiciliar.

Estabelecer como prioridade de eleição os seguintes grupos populacionais: idosos; portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas; portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente. Parágrafo único. Outras prioridades, além das definidas, poderão ser estabelecidas localmente.

Definiu a exclusão de usuários, dada a complexidade do modelo proposto: com necessidade de ventilação mecânica; com necessidade de monitorização contínua; com necessidade de enfermagem intensiva; com necessidade de propedêutica complementar com demanda potencial de realização de vários procedimentos diagnósticos em sequência com urgência; em uso de medicação complexa com efeitos colaterais potencialmente graves, ou de difícil administração; com necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; e que não tenham cuidador contínuo identificado. Parágrafo único. Outros critérios de exclusão definidas pelos protocolos locais.

Estabeleceu que os serviços que preencherem os requisitos constantes nesta Portaria passem a dispor das condições necessárias para se integrarem ao Sistema Único de Saúde e receberem a remuneração por equipe em funcionamento, de acordo com os tetos financeiros previstos pelo Ministério da Saúde para os estados, o Distrito Federal e os municípios.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Estabeleceu recursos no montante de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) por equipe, por mês, a serem incorporados aos limites financeiros anuais dos estados, do Distrito Federal ou dos municípios. Parágrafo único. Não serão admitidas superposições de equipes em uma mesma base territorial ou populacional.

Instituiu incentivo financeiro para implementação e funcionamento das equipes de internação domiciliar em parcela única, no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por equipe e estabelecer que os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585-0035 Atenção à Saúde da População nos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Habilitados em Gestão Plena Avançada.

Estabeleceu que caberá à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) a regulamentação desta Portaria, bem como a adoção das medidas necessárias ao fiel cumprimento do que nela está disposto.

Esta Portaria entrou em vigor na data da sua publicação e revogou a Portaria nº 2.416/GM, de 23 de março de 1998, publicada no Diário Oficial nº 58, de 26 de março de 1998, página 106, Seção 1.

Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012

Esta portaria substitui com alterações a Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, redefinindo a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta portaria institui-se a equipe multiprofissional mínima que deve atuar na atenção domiciliar, sendo esta, profissionais médicos, com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 horas; profissionais enfermeiros, com somatório de CHS de, no mínimo, 40 horas; profissional fisioterapeuta e/ou assistente social, com somatório de CHS de, no mínimo, 30 horas; auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 horas. Ressaltando que nenhum profissional da equipe multiprofissional da atenção domiciliar poderá ter carga horária semanal inferior a 20 horas.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013

Outra redefinição a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se a Seção II: Das Modalidades de Atenção Domiciliar

Estabeleceu que a Atenção Domiciliar será organizada em três modalidades: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1); Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3). Parágrafo único. As modalidades previstas no "caput" observarão a complexidade e as características do quadro de saúde do usuário, bem como a frequência de atendimento necessário.

Nas três modalidades de Atenção Domiciliar, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição: trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde; identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades; abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações; acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar; elaborar reuniões para cuidadores e familiares; utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento; promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários; participar da educação permanente promovida pelos gestores; assegurar, em caso de óbito, que o médico da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD1, emita o atestado de óbito; e apoiar na alta programada de usuários internados em hospitais inseridos no Município no qual atuam, através do estabelecimento de fluxos e protocolos com estes estabelecimentos de saúde.

A modalidade AD1 destina-se aos usuários que: possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3 descritos nesta Portaria.

A prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, 1 (uma) vez por mês. As equipes de atenção básica que executarem as ações na modalidade AD1 serão apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatorios de especialidades e de reabilitação. Os equipamentos, os materiais permanentes e de consumo e os prontuários dos usuários atendidos na modalidade AD1 ficarão instalados e armazenados na estrutura física das próprias UBS.

A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.

A inclusão para cuidados na modalidade AD2 será baseada na análise da necessidade de saúde do usuário, tomando-se como base as situações abaixo listadas: demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros; dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade; adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses; adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação; uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso; necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; necessidade de cuidados paliativos; e necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido. Parágrafo único. Na modalidade AD2 será garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro)



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.

Para que o usuário seja incluído para cuidados na modalidade AD3, é necessário que se verifique: existência de, pelo menos, uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; e necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos: Suporte Ventilatório não invasivo; diálise peritoneal; ou paracentese. Parágrafo único. Na modalidade AD3 será garantido transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

O usuário não será incluído no SAD, em qualquer das três modalidades, na presença de, pelo menos, uma das seguintes situações: necessidade de monitorização contínua; necessidade de assistência contínua de enfermagem; necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua.

O descumprimento dos acordos assistenciais entre a equipe multiprofissional avaliadora e o usuário e familiares ou cuidadores poderá acarretar na exclusão do usuário do SAD, com garantia de continuidade do atendimento ao usuário em outro serviço adequado ao seu caso.

Nas modalidades AD2 e AD3 a admissão de usuários dependentes funcionalmente, assim considerados nos termos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovada pela 54^a Assembleia Mundial da Organização Mundial da Saúde em maio de 2001, por meio da Resolução WHA 54.21, será condicionada à presença de um cuidador identificado.



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

As modalidades AD2 e AD3 contarão, no estabelecimento de saúde ao qual estão vinculados, com infraestrutura especificamente destinada para o seu funcionamento que contemple: equipamentos; material permanente e de consumo; aparelho telefônico; e veículo(s) para garantia da locomoção das equipes.

Os equipamentos e os materiais citados no "caput", bem como os prontuários dos usuários atendidos nas modalidades AD2 e AD3, serão instalados na estrutura física de uma unidade de saúde municipal, estadual ou do Distrito Federal, a critério do gestor de saúde. Não é obrigatório que o SAD possua sede própria, podendo estar vinculado a um estabelecimento de saúde.

A prestação de assistência à saúde nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para esta finalidade. A EMAD realizará visitas em domicílios regulares, no mínimo, 1 (uma) vez por semana. A EMAP realizará visitas em domicílio, por meio de critério clínico, quando solicitado pela EMAD. Nos casos em que o usuário esteja vinculado tanto a uma EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, quanto a uma equipe de atenção básica, esta última apoiará e acompanhará seu cuidado. Cada EMAD e EMAP poderá prestar assistência, simultaneamente, a usuários inseridos nas modalidades de atenção domiciliar AD2 e AD3. Fica facultado à EMAD Tipo 2 prestar assistência na modalidade AD3 caso possua condições técnicas e operacionais para a sua execução, devendo descrevê-las no Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar e no Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo narrativa de literatura. Esta pesquisa terá o objetivo descrever o que tem sido produzido na literatura científica atual sobre a temática atenção domiciliar pelos profissionais de enfermagem.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Será realizada uma pesquisa por produções científicas disponíveis *online* na base de dados eletrônica indexada Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com a seguinte estratégia de busca: “assistência domiciliar” [Descritor de assunto] and “enfermagem” [Descritor de assunto], no período de outubro a novembro de 2015.

145

Para a seleção dos estudos encontrados serão utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser artigo de pesquisa, estar no idioma português, responder a questão pesquisa, respeitar o recorte temporal dos últimos 10 anos, estar disponível na íntegra, gratuito e *online*. Serão excluídos as teses e dissertações.

Após a pesquisa na base de dados, a seleção dos estudos se dará por exaustivas leituras, de acordo com critérios de inclusão e exclusão e a discussão dos resultados. A análise será desenvolvida segundo os pressupostos da análise de conteúdo temático de Minayo, 2014, em três etapas: a pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529 de 19 de Outubro de 2006. institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006_comp.html> Acesso em: 10/09/2015

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1533_16_07_2012.html> Acesso em: 10/09/2015

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>
Acesso em: 10/09/2015

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n. 4, p. 645-653, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.

PAZ, Adriana Aoarecida; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.56, n.5. Sept./Oct. 2003.

SANTOS, Marta Maria Antonieta de Souza; SAUNDERS, Claudia; BAIÃO, Mirian Ribeiro. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 775-786, 2012.

ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES VIA ÁUDIO E VÍDEO NO SETOR DE RADIOTERAPIA

PEREIRA, Aline¹
MORAES, Ana Paula Kunrath de²
FERREIRA, Vanderleia Teles³
AGUIAR, Michelle Almeida de⁴
NOAL, Helena Carolina⁵

Palavras-chave: Radioiodoterapia. Orientações de Enfermagem. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) preconiza, como principais recursos para o tratamento de câncer, a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e o transplante

¹ Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

³ Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁴ Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁵ Professora da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

de medula óssea, com todos os profissionais envolvidos tendo recebido treinamento em suas respectivas áreas de atuação (INCA, 2008)

A radioterapia (RxT) é um método capaz de destruir células tumorais, empregando-se feixes de radiações ionizantes. A irradiação pode ser aplicada a distância (teleterapia) ou em contato com o tumor (braquiterapia), por meio de aplicadores intracavitários, implantes com agulhas ou moldes (INCA, 2008)

A radioterapia tem três objetivos principais, o curativo, o remissivo e o sintomático, quando ela é usada com intuito de extinguir todo o tumor classifica-se como curativa, quando o objetivo é reduzir parte do tumor ou complementar o tratamento quimioterápico e/ou cirúrgico, é classificado como remissivo e o objetivo da radiação sintomática é reduzir dores localizadas (LÔBO; MARTINS, 2009).

O tratamento radioterápico apesar de apresentar a vantagem de preservar a estrutura dos tecidos, pode acarretar em reações adversas que se manifestam na cavidade bucal, o que resulta em prejuízos para a glândula salivar, mucosa oral e osso alveolar. Entre as principais consequências clínicas de efeitos localizados temos a xerostomia, dermatite, mucosite, hipogeusia, osteo radionecrose, fibrose e trismo. Estas reações decorrentes do tratamento acarretam em prejuízo na qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes e também pode influenciar na condução e adesão ao tratamento (BRAGANTE; NASCIMENTO; MOTTA, 2012).

No cenário da medicina nuclear a equipe de enfermagem, é regulamentada a pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), conforme a Resolução nº 211/98, que dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem que trabalham com radiação ionizante em radioterapia, medicina nuclear e serviços de imagem. Ao enfermeiro cabe planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar as atividades, alicerçados na metodologia assistencial de enfermagem; participar de protocolos terapêuticos de enfermagem; assistir de maneira integral aos clientes e suas famílias tendo como base o código de ética dos profissionais de enfermagem e a legislação vigente; promover e participar da integração da equipe multiprofissional;



ANAIAS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

formular e implementar manuais técnicos operacionais para a equipe e manuais educativos aos clientes e familiares; dentre outras competências (COFEN, 2004).

Frente a isto, fica claro que além de fundamental para o paciente, também trata-se de uma competência da equipe de enfermagem que seja realizada uma orientação bem direcionada e esclarecedora da equipe de enfermagem aos pacientes submetidos a radioterapia.

148

JUSTIFICATIVA

As Estimativas de Incidência de Câncer no Brasil para o ano de 2014 apontavam a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando assim magnitude do problema do câncer no país, frente a isto, fica claro a importância de haver uma atenção bem direcionada a esta população (INCA, 2011).

Durante o estágio curricular da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA) em uma instituição hospitalar no setor de Radioterapia, notou-se a necessidade de orientações bem direcionadas quanto aos cuidados durante este tratamento aos pacientes, ao manifestar este interesse para enfermeira supervisora ela sugeriu que fosse realizado uma forma de orientação através de vídeo e áudio, pois visto que muitos pacientes da radioterapia são portadores de algum tipo de deficiência como a auditiva ou visual até mesmo pelo agravamento da doença, viu-se a necessidade de haver uma orientação que abranja todos os envolvidos apesar de suas necessidades.

OBJETIVO

Proporcionar informações aos usuários e familiares sobre o tratamento radioterápico e seus devidos cuidados, promovendo assim, benefícios para sua melhora durante seu tratamento, amenizando assim os sintomas causados pela radiação.

REVISÃO DE LITERATURA

A IMPORTÂNCIA DAS ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA RADIOTERAPIA

Pode-se afirmar que entre os tratamentos do câncer, a radioterapia é um tratamento utilizado em larga escala, podendo ter a finalidade curativa ou paliativa, nas modalidades de teleterapia e braquiterapia. Entretanto, apesar de seus resultados desejados, os indivíduos em contato com a radiação podem desenvolver manifestações de toxicidade, como as radiodermites e mucosites. As reações iniciais da pele, após a radioterapia, são geralmente moderadas, porém, mais de 90% dos pacientes tratados com radioterapia desenvolvem reações cutâneas (PIRES; SEGRETO; SEGRETO, 2008).

A radioterapia é um tratamento que permite a integridade dos órgãos, porém, os pacientes podem experimentar de inúmeros efeitos colaterais que afetam negativamente na sua qualidade de vida relacionada à saúde (PIRES; SEGRETO; SEGRETO, 2008).

Devido a isso, medidas de prevenção devem ser desenvolvidas a fim de minimizar a radiotoxicidade aguda durante o tratamento. Tornando-se assim fundamental a consulta de enfermagem, sendo ferramenta essencial para a qualidade de vida do paciente e condição favorável para se ofertar um cuidado seguro (ARAÚJO; ROSAS, 2008).

O protocolo do INCA, 2008, sistematiza as orientações dadas durante a consulta de enfermagem, através de um guia de autocuidado com a pele irradiada, para minimizar a exacerbação dos danos provocados pela radiação utilizada durante o tratamento, mesmo considerando sua limitação para impedir o desenvolvimento de tais reações.

Durante o tratamento radioterápico, o paciente pode ser acometido por sentimentos de angústia e desamparo, além das possíveis complicações supracitadas, onde se faz imprescindível o papel do enfermeiro na realização



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

da consulta de enfermagem, que se baseia na orientação, prevenção, tratamento e reabilitação ao longo da permanência do paciente no Serviço de Radioterapia por meio da orientação aos pacientes e familiares (SACONATO, et al., 2007).

Frequentemente, observa-se que os pacientes chegam ao ambulatório de radiologia no dia de sua internação verbalizando muitas dúvidas não resolvidas, inseguranças e demonstrando ansiedade pelo tempo em que ficarão sozinhos no quarto. Esta inquietação se justifica, pois, por uma média de 48 horas, ficarão restritos a um ambiente desconhecido, sem a rotina de cuidados diretos pela equipe de enfermagem, a não ser nas situações estritamente necessárias e emergenciais (OLIVEIRA, MOREIRA, 2009).

Existem os casos de isolamentos radiológicos que necessitam de uma atenção bem especial quanto as orientações. Ressaltando que é fundamental que o paciente se sinta seguro com a assistência a ser oferecida durante esta internação em quarto para isolamento radiológico. Há uma grande expectativa para entender como serão cuidados quando são informados de que não é permitida a presença de profissionais no quarto e que eles deverão realizar o autocuidado. Desta forma, para ajudar os pacientes, a enfermeira deve considerar que alguns esperam ajuda sob a forma de atendimento às necessidades básicas e outros uma orientação que satisfaça a carência de saber sobre questões específicas. Portanto, é preciso estar sensível às manifestações individuais de ajuda (CARVALHO, 1980).

Podemos citar a proposta de Carvalho, 1980, quanto a seis tipos de necessidades de ajuda: cuidados físicos nas contingências de necessidades referidas ou não pelos clientes; apoio emocional ao cliente e familiar; amparo espiritual ao cliente e familiar; orientação ao cliente para o autocuidado; promoção de ambiente confortável; e encaminhamento a outros profissionais.

METODOLOGIA

CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

O estágio supervisionado I do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem está sendo realizado no setor de Radioterapia no Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM, na Av. Roraima, nº 20, no bairro de Camobi, na cidade de Santa Maria, RS, Brasil, no período de 10/03/2016 a 01/07/2016 no turno da manhã de segunda-feira a sexta-feira das 7:00h as 13:00h, totalizando 480 horas, sob a supervisão da enfermeira Cíntia Marconato.

151

A Radioterapia funciona diariamente, é um setor composto por um hall de entrada, uma recepção, uma sala de administração, uma sala de planejamentos, sala de reunião, um consultório odontológico, um consultório médico, consultório nutricionista, posto de enfermagem, sala de enfermagem, jardim de inverno, sala de confecção de máscaras, acelerador linear, cobaltoterapia, cozinha, vestuários, banheiros, expurgo, leitos de observação. A equipe é formada por três médicos, duas enfermeiras, duas residentes, três auxiliares de enfermagem, quatro técnicos em radiologia, três físicos médicos, um bolsista e três funcionários da higienização

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Claudia Regina Gomes de; ROSAS, Ann Mary Machado Tinoco Feitosa. O papel da equipe de enfermagem no setor de radioterapia: uma contribuição para equipe multidisciplinar. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 3, 2008.

BRAGANTE, K. C.; NASCIMENTO, D. M.; MOTTA, N. W. Avaliação dos efeitos agudos da radioterapia sobre os movimentos mandibulares de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Rev Bras Fisioter.** v. 16, n. 2 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

CARVALHO, V. **A relação de ajuda e a totalidade da política da enfermagem.** In: Anais do 32º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1980;



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Brasília, Brasil. Brasília (DF): Associação Brasileira de Enfermagem; 1980.p.65-73.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 211 de 01 de julho de 1998**. Dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem que trabalham com radiação ionizante. Rio de Janeiro: COFEn; 2004.

GUEDES, M. T. S.; BLECHA, F. P. Tratamento de radiodermatite no cliente oncológico: subsídios para intervenções de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 2, n. 52, 2006.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Expansão da assistência oncológica no Brasil - Projeto Expande - 1996-2008**. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=126. Acesso em 12 abril de 2016.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3aed. Rio de Janeiro: INCA; 2008.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

LÔBO, A. L. G.; MARTINS, G. B. Consequências da radioterapia na região de cabeça e pescoço: uma revisão da literatura. **Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac**. v.50, 2009.

OLIVEIRA, Alcinéa Cristina Ferreira de; MOREIRA, Marléa Chagas. A Enfermagem em Radioiodoterapia: enfoque nas necessidades de ajuda dos clientes. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 527-532, out/dez; 2009.

PIRES, A. M. T.; SEGRETO, R. A.; SEGRETO, H. R. C. Avaliação das reações agudas da pele e seus fatores de risco em pacientes com câncer de mama submetidas à radioterapia. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 16, 2008.

Saconato, R. A.; et al. Assistência de enfermagem ao paciente de câncer de cabeça e pescoço. **Prat hosp**. v. 54, p. 33-36, 2007.

VANZIN, A.; NERY, M. H. **Consulta de enfermagem: uma necessidade social?** Porto Alegre: RM & L; 1996.

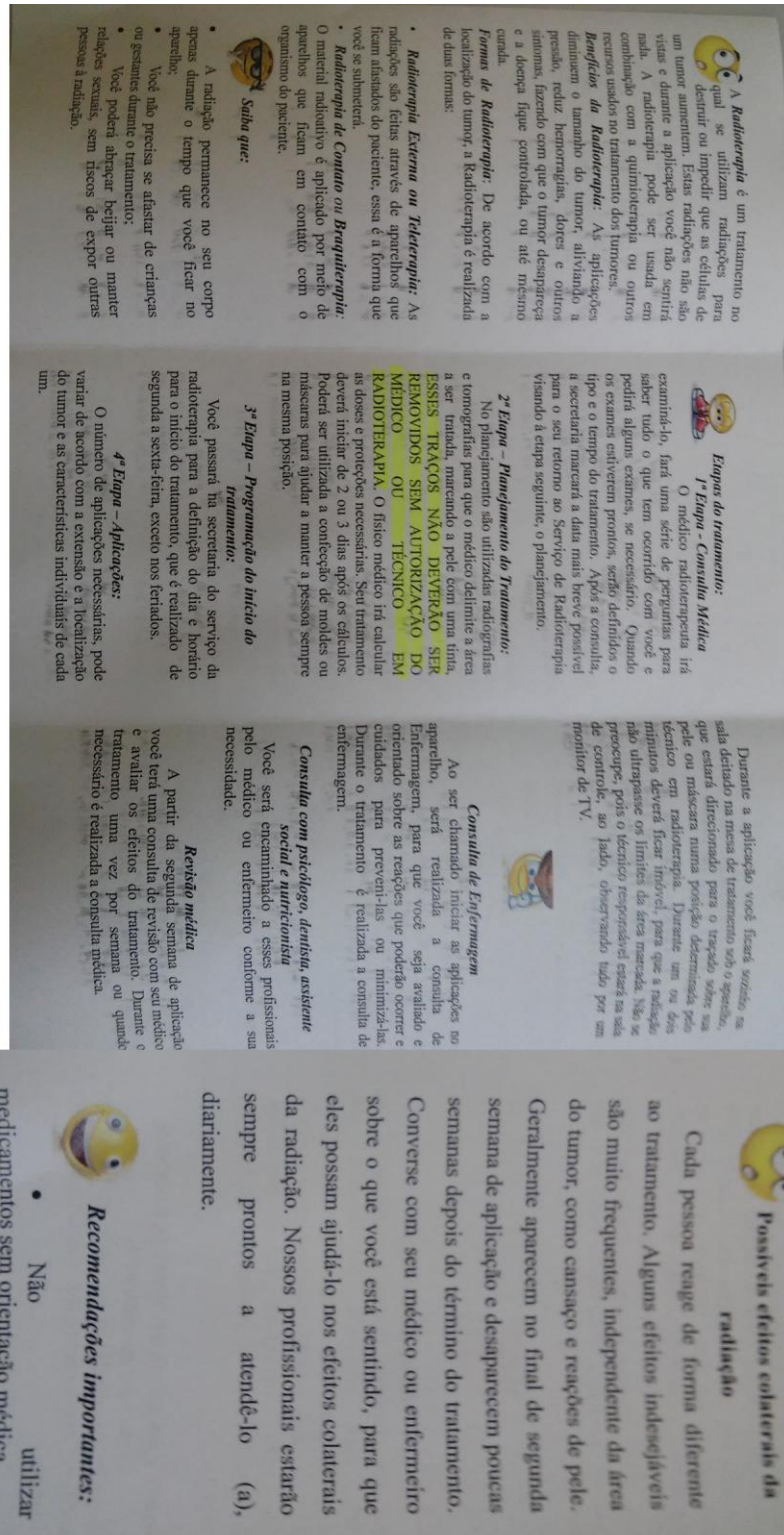
ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

ANEXO

Anexo A

Folders já existentes no setor que serão convertidos em áudio e vídeo

Folder I



A Radioterapia é um tratamento no qual se utilizam radiações para destruir ou impedir que as células de um tumor aumentem. Estas radiações não são vistas e durante a aplicação, você não sentirá nada. A radioterapia pode ser usada em combinação com a quimioterapia ou outros recursos usados no tratamento dos tumores.

Benefícios da Radioterapia: As aplicações diminuem o tamanho do tumor, aliviando a pressão, reduzem hemorragias, dores e outros sintomas, fazendo com que o tumor desapareça e a dor seja mais controlada, ou até mesmo curada.

Formas de Radioterapia: De acordo com a localização do tumor, a Radioterapia é realizada de duas formas:

- Radioterapia Externa ou Teleterapia:** As radiações são feitas através de aparelhos que ficam afastados do paciente, essa é a forma que você se submete.
- Radioterapia de Contato ou Braquiterapia:** O material radioativo é aplicado por meio de aparelhos que ficam em contato com o organismo do paciente.

Sabe que?

- A radiação permanece no seu corpo apenas durante o tempo que você ficar no aparelho.
- Você não precisa se afastar de crianças ou gestantes durante o tratamento.
- Você poderá abraçar, beijar ou manter relações sexuais, sem riscos de expor outras pessoas à radiação.

Exames do tratamento:
1ª Etapa - Consulta Médica
O médico radioterapeuta irá examiná-lo, fará uma série de perguntas para saber tudo o que tem ocorrido com você e pedirá alguns exames, se necessário. Quanto os exames estiverem prontos, serão definidos o tipo e o tempo do tratamento. Após a consulta, a secretaria marcará a data mais breve possível para o seu retorno ao Serviço de Radioterapia visando à etapa seguinte, o planejamento.

2ª Etapa - Planejamento do Tratamento:
No planejamento são utilizadas radiografias e tomografias para que o médico delimite a área a ser tratada, marcando a pele com uma tina, FISSAS TRACOS NÃO DEVERÃO SER REMOVIDOS SEM AUTORIZAÇÃO DO MÉDICO OU TÉCNICO EM RADIOTERAPIA. O físico médico irá calcular as doses e proteções necessárias. Seu tratamento deverá iniciar de 2 ou 3 dias após os cálculos. Poderá ser utilizada a concepção de moldes ou máscaras para ajudar a manter a pessoa sempre na mesma posição.

3ª Etapa - Programação do início do tratamento:
Você passará na secretaria do serviço de radioterapia para a definição do dia e horário para o início do tratamento, que é realizado de segunda a sexta-feira, exceto nos feriados.

4ª Etapa - Aplicações:
O número de aplicações necessárias, pode variar de acordo com a extensão e a localização do tumor e as características individuais de cada um.

Durante a aplicação, você ficará sentado na sala destinado na mesa de tratamento sob o aparelho, que estará direcionado para o tempo que você vai ficar na máscara durante o tratamento. Durante os minutos deverá ficar imóvel, para que a radiação não ultrapasse os limites da área marcada. Não se preocupar, pois o técnico responsável estará na sala de controle, ao lado, observando tudo por um monitor de TV.

Consulta de Enfermagem
Ao ser chamado iniciar as aplicações no aparelho, será realizada a consulta de Enfermagem, para que você seja avaliado e orientado sobre as reações que poderão ocorrer e cuidados para preveni-las ou minimizá-las. Durante o tratamento é realizada a consulta de enfermagem.

Consulta com psicólogo, dentista, assistente social e nutricionista
Você será encaminhado a esses profissionais pelo médico ou enfermeiro conforme a sua necessidade.

Revisão médica
A partir da segunda semana de aplicação você terá uma consulta de revisão com seu médico e avaliar os efeitos do tratamento. Durante o tratamento uma vez por semana ou quando necessário é realizada a consulta médica.

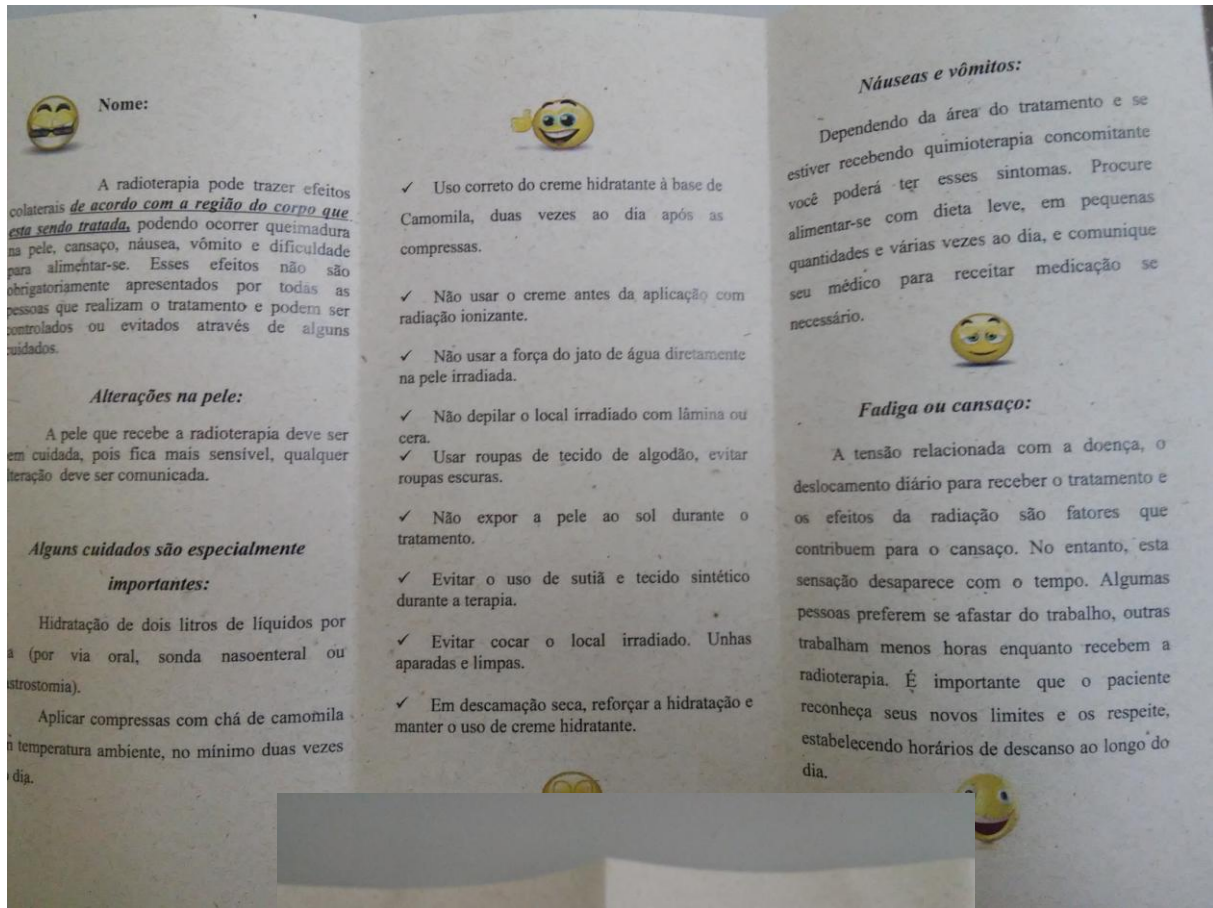
Possíveis efeitos colaterais da radiação
Cada pessoa reage de forma diferente ao tratamento. Alguns efeitos indesejáveis são muito frequentes, independente da área do tumor, como cansaço e reações de pele. Geralmente aparecem no final de segunda semana de aplicação e desaparecem poucas semanas depois do término do tratamento. Converse com seu médico ou enfermeiro sobre o que você está sentindo, para que eles possam ajudá-lo nos efeitos colaterais da radiação. Nossos profissionais estarão sempre prontos a atendê-lo (a), diariamente.


Recomendações importantes:

- Não utilizar medicamentos sem orientação médica.
- Em outros centros de saúde, informar sempre que está realizando tratamento radioterápico.
- Anote suas dúvidas e esclareça com os profissionais do serviço.

ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Folder II



Nome: 

A radioterapia pode trazer efeitos colaterais de acordo com a região do corpo que esta sendo tratada, podendo ocorrer queimadura na pele, cansaço, náusea, vômito e dificuldade para alimentar-se. Esses efeitos não são obrigatoriamente apresentados por todas as pessoas que realizam o tratamento e podem ser controlados ou evitados através de alguns cuidados.


Alterações na pele:

A pele que recebe a radioterapia deve ser bem cuidada, pois fica mais sensível, qualquer alteração deve ser comunicada.

Alguns cuidados são especialmente importantes:

Hidratação de dois litros de líquidos por dia (por via oral, sonda nasointestinal ou ostomia).


Aplicar compressas com chá de camomila em temperatura ambiente, no mínimo duas vezes ao dia.



- ✓ Uso correto do creme hidratante à base de Camomila, duas vezes ao dia após as compressas.
- ✓ Não usar o creme antes da aplicação com radiação ionizante.
- ✓ Não usar a força do jato de água diretamente na pele irradiada.
- ✓ Não depilar o local irradiado com lâmina ou cera.
- ✓ Usar roupas de tecido de algodão, evitar roupas escuras.
- ✓ Não expor a pele ao sol durante o tratamento.
- ✓ Evitar o uso de sutiã e tecido sintético durante a terapia.
- ✓ Evitar coçar o local irradiado. Unhas aparadas e limpas.
- ✓ Em descamação seca, reforçar a hidratação e manter o uso de creme hidratante.

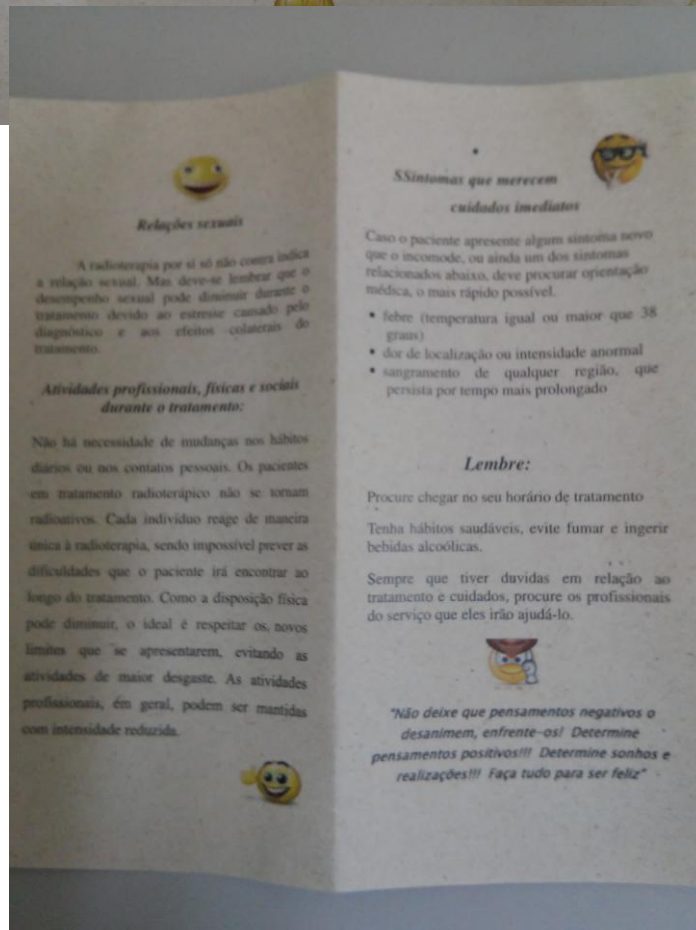
Náuseas e vômitos:

Dependendo da área do tratamento e se estiver recebendo quimioterapia concomitante você poderá ter esses sintomas. Procure alimentar-se com dieta leve, em pequenas quantidades e várias vezes ao dia, e comunique seu médico para receitar medicação se necessário.



Fadiga ou cansaço:

A tensão relacionada com a doença, o deslocamento diário para receber o tratamento e os efeitos da radiação são fatores que contribuem para o cansaço. No entanto, esta sensação desaparece com o tempo. Algumas pessoas preferem se afastar do trabalho, outras trabalham menos horas enquanto recebem a radioterapia. É importante que o paciente reconheça seus novos limites e os respeite, estabelecendo horários de descanso ao longo do dia.




Relações sexuais

A radioterapia por si só não contraindica a relação sexual. Mas deve-se lembrar que o desempenho sexual pode diminuir durante o tratamento devido ao estresse causado pelo diagnóstico e aos efeitos colaterais do tratamento.

Atividades profissionais, físicas e sociais durante o tratamento:

Não há necessidade de mudanças nos hábitos diários ou nos contatos pessoais. Os pacientes em tratamento radioterápico não se tornam radioativos. Cada indivíduo reage de maneira única à radioterapia, sendo impossível prever as dificuldades que o paciente irá encontrar ao longo do tratamento. Como a disposição física pode diminuir, o ideal é respeitar os novos limites que se apresentarem, evitando as atividades de maior desgaste. As atividades profissionais, em geral, podem ser mantidas com intensidade reduzida.



Sintomas que merecem cuidados imediatos

Caso o paciente apresente algum sintoma novo que o incomode, ou ainda um dos sintomas relacionados abaixo, deve procurar orientação médica, o mais rápido possível.


- febre (temperatura igual ou maior que 38 graus)
- dor de localização ou intensidade anormal
- sangramento de qualquer região, que persista por tempo mais prolongado

Lembre:

Procure chegar no seu horário de tratamento

Tenha hábitos saudáveis, evite fumar e ingerir bebidas alcoólicas.

Sempre que tiver dúvidas em relação ao tratamento e cuidados, procure os profissionais do serviço que eles irão ajudá-lo.



"Não deixe que pensamentos negativos o desanimem, enfrente-os! Determine pensamentos positivos!!! Determine sonhos e realizações!!! Faça tudo para ser feliz"



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

ANGIOPLASTIA CORONÁRIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

FERREIRA, Vanderleia Teles
AGUIAR, Michelle Almeida de
MORAES, Ana Paula Kunrath de
PEREIRA, Aline
ASSUMPÇÃO, Priscila Kurz

155

RESUMO

O artigo tem como objetivo analisar o que tem sido escrito na literatura atual quanto a Angioplastia Coronária. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo narrativa de literatura, realizada na base de dados LILACS, com a estratégia de busca "ANGIOPLASTIA" [Palavras] and "ENFERMAGEM" [Palavras], no período de Abril a Junho de 2015. Os principais resultados trata-se de descrição dos *stents* e a importância dos cuidados de enfermagem e da adesão farmacológica. Conclui-se que o sistema venoso profundo é cada vez mais submetido a técnicas intervencionistas endovasculares, tanto nos casos agudos, como nos casos crônicos, frente a isto fica claro a necessidade de que os profissionais de enfermagem se atualizem quanto a temática

Descritores: Angioplastia Coronária, Enfermagem, Cuidados.

INTRODUÇÃO

Angioplastia Coronária ou Intervenção Coronária Percutânea é o tratamento não cirúrgico das obstruções das artérias coronárias por meio de cateter balão, objetivando o aumento do fluxo de sangue para o coração. Após a desobstrução da artéria coronária, através da angioplastia com balão, procede-se ao implante de uma prótese endovascular (para ser utilizada no interior dos vasos) conhecida como 'stent' - pequeno tubo de metal, semelhante a um pequeníssimo bobe de cabelo, usado para manter a artéria aberta (ALBERT EINSTEIN, 2015). O aumento de dispositivos em cardiologia intervencionista tem fornecido muitas opções de tratamento para pacientes portadores de doença arterial coronariana (WOODS, FROELICHER, MOTZER, 2005)



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

O efeito terapêutico é a diminuição da estenose-alvo com manutenção ou restabelecimento do fluxo sanguíneo no vaso coronário. O uso de endopróteses coronárias (*stents*) como dispositivo finalizador de revascularização do miocárdio tem aumentado de forma consistente. No Brasil, os *stents* coronários foram incorporados à lista de materiais reembolsados pelo Sistema Único de Saúde no início de 2000. O *stent* é uma órtese com o objetivo de ampliar o diâmetro do vaso obstruído e possui benefícios quando comparado à angioplastia com balão. Com o objetivo de prevenir e tratar a reestenose coronária tardia (redução da hiperplasia miointimal), os *stents* farmacológicos foram desenvolvidos e fundamentam-se no princípio da administração local de medicamento, possibilitando a liberação controlada de medicamento na estenose-alvo (MATTOS, et al, 2008).

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Em 2010, no Brasil, houve mais de 326 mil mortes por doenças do aparelho circulatório, correspondendo a 28,7% do total de mortes (BRASIL, 2012).

Diante do exposto percebe-se a magnitude da temática, se tratando de um assunto que comumente atinge a população, assim surgiu o seguinte questionamento: O que tem sido escrito na literatura atual quanto a Angioplastia Coronária?

Com este estudo pretende-se contribuir para a atualização e conhecimentos dos profissionais da Ciência em Saúde quanto a temática Angioplastia Coronária, com o objetivo analisar o que tem sido escrito na literatura atual quanto a temática.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo narrativa de literatura, no qual foi realizada uma pesquisa por produções científicas disponíveis *online* na base de dados eletrônica indexada Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com a seguinte estratégia de busca:



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

"ANGIOPLASTIA" [Palavras] and "ENFERMAGEM" [Palavras], no período de Abril a Junho de 2015.

Para a seleção dos estudos encontrados foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser artigo de pesquisa ou tese, estar no idioma português, responder a questão pesquisa, estar disponível na íntegra, gratuito e *online*, respeitar o recorte temporal dos últimos 10 anos. Serão excluídos as dissertações e produções sem resumo.

Após a pesquisa na base de dados, a seleção dos estudos se deu por exaustivas leituras, de acordo com critérios de inclusão e exclusão e a discussão dos resultados. Inicialmente a busca resultou em 23 produções, ao aplicar os critérios de inclusão, 3 foram excluídas por não condizerem com a temática, 2 por não estar disponível na íntegra, gratuito e *online*, 9 não estarem no idioma português e 6 não corresponderem ao recorte temporal dos últimos dez anos, finalizando em 3 artigos que compuseram o este estudo. A análise ocorrerá pela leitura exaustiva onde será possível identificar os principais resultados dos artigos em relação à questão norteadora.

A análise do conteúdo se dará visando verificar e descobrir o que está por trás da temática desta pesquisa, pretendendo responder a questão de pesquisa, “verificando” o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre sendo este o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (MINAYO, 2008).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com relação a natureza, todos foram produzidos na área de Ciência da Saúde, sendo 2 no formato de artigos e uma tese, no qual os 3 foram produzidos nos anos de 2007, 2011 e 2013. Com relação a metodologia todos se tratam-se de estudos transversais. Com relação ao local 2 foram realizados em São Paulo/SP e 1 em Fortaleza/CE.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Destes 3 artigos que resultaram para a realização do desenvolvimento da pesquisa, 1 é sobre “Adesão farmacológica”, 1 “Diagnóstico de enfermagem” e o outro sobre “Tratamento endovascular”.

A angioplastia coronária transluminal percutânea, também chamada de angioplastia com balão, o implante de *stents* intracoronários e outras intervenções com o uso de cateteres para o tratamento da aterosclerose coronariana, são os componentes de um grupo de tecnologias para o tratamento da doença arterial coronariana (DAC) denominado Intervenção Coronária Percutânea (ICP). O objetivo da ICP é a redução da estenose-alvo com manutenção ou restabelecimento do fluxo sanguíneo no vaso coronário (MATTOS, et al, 2008).

A angioplastia transluminal percutânea foi utilizada pela primeira vez como alternativa terapêutica para as obstruções venosas em casos de síndrome de Budd-Chiari e lesões das veias hepáticas, mas o resultado tinha duração temporária e necessitava de várias reintervenções. Os primeiros *stents* utilizados no sistema venoso datam de 1969 e foram descritos por Cesar Gianturco et al.; o primeiro *stent* implantado na veia cava inferior foi relatado em 1986 por Zollikofer et al. No início, alta incidência de reestenose por hiperplasia miointimal e de migração eram observadas, mas houve diminuição considerável desses problemas com a evolução da tecnologia dos materiais e da técnica endovascular (THORPE, OSSE, 2007).

O uso de endopróteses coronárias (*stents*) como dispositivo finalizador de revascularização do miocárdio tem aumentado de forma consideravelmente. No Brasil, os *stents* coronários foram incorporados à lista de materiais reembolsados pelo Sistema Único de Saúde no início de 2000. Sendo o *stent*, uma órtese com intuito de ampliar o diâmetro do vaso obstruído e possui benefícios quando comparado à angioplastia com balão. Porém, possui como limitação o risco de estenose *intra-stent*. Com o objetivo de prevenir e tratar a reestenose coronária tardia (redução da hiperplasia miointimal), os *stents* farmacológicos foram desenvolvidos e fundamentam-se no princípio da administração local de medicamento, possibilitando a liberação controlada de medicamento na estenose-alvo (SOUSA, 1995).



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

O termo *stent* é da contribuição dos estudos de um dentista inglês chamado Charles Stent⁸. Uma relação entre a angioplastia com balão e a implantação de stents, mostrou que os *stents* são bem mais eficazes, demonstrando sucesso em 99% dos casos (DUDA, 2000).

Após a realização deste procedimento de implantação de stent, o paciente necessita de cuidados especiais de enfermagem durante sua internação hospitalar devido ao comprometimento cardíaco e seu grau de dependência relacionado à realização de suas necessidades biológicas. Cunha, 1992 (CUNHA, 1992), enfatiza a atuação do enfermeiro a este paciente quanto a orientá-lo a manter o membro estendido; após a retirada do introdutor arterial, fazer curativo compressivo no local da punção; supervisão do sono; iniciar a heparinização conforme prescrição médica; observar qualquer precordialgia e/ou alterações eletrocardiográficas; atentar a sangramentos e hematomas; controlar sinais vitais e ofertar líquidos e dieta via oral em quantidades pequenas (WONG, CHAIR, 2007).

Quanto a adesão farmacológica que é definida pelo grau no qual um paciente utiliza os medicamentos de acordo com o horário, frequência e dose prescrita considerando um regime terapêutico. Em pacientes diagnosticados com síndrome coronariana aguda, seis meses após a alta hospitalar, a maioria dos participantes (69,5%) relatou média ou alta adesão farmacológica. O principal motivo para não adesão foi o esquecimento (23,2%) (WONG, CHAIR, 2007).

Entretanto, um estudo realizado em um hospital-escola do interior do estado de São Paulo, Brasil, com pacientes submetidos à ICP, em acompanhamento ambulatorial de dois a sete meses após alta hospitalar, referente a adesão farmacológica, demonstrou que 97% dos pacientes aderem a terapia farmacológica (COELHO, et al., 2013).

Percebeu-se uma escassez de estudos que avaliam a adesão farmacológica e o estado de saúde percebido de pacientes submetidos à ICP, apesar da importância dessas medidas para controle da DAC (COELHO, et al., 2013).



ANAIAS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Ressaltando a importância de orientar aos pacientes sobre a relação entre a adesão farmacológica e a melhora no estado de saúde percebido. Enfatizar que o uso correto dos medicamentos levará a uma diminuição dos sinais e sintomas de DAC e ressaltar que o uso contínuo dos medicamentos é importante para prevenção secundária, inclusive quando o paciente estiver se sentindo bem, sem qualquer manifestação clínica da DAC (COELHO, et al., 2013).

160

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema venoso profundo é cada vez mais submetido a técnicas intervencionistas endovasculares, tanto nos casos agudos, como nos casos crônicos, frente a isto fica claro a necessidade de que os profissionais de enfermagem se atualizem quanto a temática, visto que, a assistência de enfermagem após a realização do procedimento da implantação de *stent* é de fundamental importância pra o quadro clínico do paciente.

As estatísticas quanto a doenças cardiovasculares no âmbito mundial são preocupantes, e os índices no Brasil quanto a mortalidade por doenças do aparelho circulatório, fortalecem a necessidade de que haja mais estudos quanto a temática,

REFERÊNCIAS

ALBERT EINSTEIN. Exames e Testes Diagnósticos. Angioplastia coronária ou intervenção coronária percutânea. Disponível em: <<http://www.einstein.br/Hospital/cardiologia/exames-e-testes-diagnosticos/Paginas/angioplastia-coronaria-ou-intervencao-coronaria-percutanea.aspx>> Acessado em: 11 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de informação sobre mortalidade. Brasília, 2012.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

COELHO M, et al. Estado de saúde percebido e adesão farmacológica em pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea. Rev Gaúcha Enferm.; v. 34, n. 3, p. 86-94, 2013.

CUNHA AIG. O implante do “stent” da Palmaz-Schatz e a assistência de enfermagem. Rev. Soc. Cardiol. De São Paulo; v. 2, n. 3, p. 3-6, 1992.

DUDA NT, et al. Angioplastia coronária primária no tratamento do infarto do miocárdio. Rev. Méd. Hosp. São Vicente de Paulo; v. 11, n. 26, p. 31-4, 2000.

MATTOS, L. A., et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Intervenção Coronária Percutânea e Métodos Adjuntos Diagnósticos em Cardiologia Intervencionista (II Edição). Arq Bras Cardiol, v. 91, n. 6, p. 1-58, 2008.

MINAYO, Maria Cecília. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

SOUSA AGMR, et al. O “stent” de Palmaz-Schatz para o tratamento da doença aterosclerótica obstrutiva coronária. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo; v. 5, n. 5, p. 560-7, 1995.

THORPE P, OSSE FJ. Endovenous management of ilio caval occlusion. In: Bergan JJ, editor. The Vein Book. Burlington: Academic Press; 2007. p. 559-74.

WOODS, S. L., FROELICHER ESS, MOTZER SA. Enfermagem em Cardiologia. 4a. ed. Barueri: Manole, 2005.

WONG MS, CHAIR SY. Changes in health-related quality of life following percutaneous coronary intervention: a longitudinal study. Int J Nurs Stud; v. 44, n. 8, p. 1334-42, 2007.

UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL PARA A EQUIPE DE HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR

SCHUTZ, Thais Costa¹
MACEDO, Angelita Simone Valcarengue dos Santos²
PORTELLA, Leandro³
DAMACENO, Adalvane⁴

RESUMO

O ambiente hospitalar tem sido alvo de ocorrências, pois os profissionais trabalham, muitas vezes, na precariedade, na falta de materiais/equipamentos para realização de suas atividades. Nesse ambiente é fundamental a existência da Vigilância em Saúde do Trabalhador, essa poderá promover a saúde dos mesmos e prevenir acidentes e doenças através de mecanismos de investigação, análise e intervenção nos processos, nos ambientes de vivências diárias, nas organizações como um todo e também nas relações de trabalho. Assim, tem-se como questão norteadora: qual a relação de acidentes causados pela ausência e uso incorreto de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) na equipe de higienização hospitalar? Objetivando identificar a relação entre acidentes e o uso incorreto de EPI's na equipe de higienização de um hospital. Para a pesquisa dos dados foi utilizado os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) como buscador de descritor, e após, uma busca realizada na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). O dia-a-dia dos trabalhadores trazem diversos problemas que são levados para o local de trabalho, e isso acaba causando muitos transtornos na vida desses trabalhadores, pois começam a contrair doenças, e essas os deixando em estado de dependência. Portanto, devem seguir a orientações

¹ Acadêmica do 6º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Acadêmica do 6º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

³ Acadêmico do 6º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

⁴ Professor da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

para uso de Equipamento de Proteção Individual, assim como proteger-se quando se encontram em contato com agulhas ou fluídos de sangue, usando assim, aventais para que não haja esse contato. Estudos revelam que a causa de acidentes na equipe de higienização dá-se, na maioria das vezes com materiais biológicos, e que as ocorrências nas mulheres é duas vezes maior. A localização desses perfuro-cortantes também é bastante discutida, pois se afirma que os lugares onde mais acontecem acidentes são aqueles que contêm sacos de lixo seguido de materiais encontrados no chão. Assim começou-se a averiguação do material pertinente ao tema, frente aos artigos encontrados que abordavam a questão. O uso inadequado de EPI's pode causar diversos problemas à saúde do trabalhador, principalmente aqueles que ficam diretamente ligados à limpeza hospitalar, portanto usar os mesmos adequadamente é a melhor forma de prevenir acidentes e preservar a saúde dos trabalhadores envolvidos.

163

DESCRITORES: equipamentos de proteção individual; acidentes de trabalho; saúde do trabalhador; riscos ocupacional.

INTRODUÇÃO

Os últimos séculos vêm trazendo diversas mudanças na sociedade e, além disso, está havendo muitas transformações, novas tecnologias e modificações na organização do trabalho, enfim surgimento de novas profissões e com elas algo desafiador, o sofrimento, a dor, as doenças, os acidentes, esses fazem o ser humano preocupar-se com um todo, pois existem consequências e essas acarretam prejuízos. O ambiente hospitalar tem sido alvo dessas ocorrências, pois não apenas a equipe que trabalha nas unidades passa por problemas devido à falta de algo ou de Equipamento de Proteção Individual (EPI) para fazerem suas atividades, mas também a equipe de higienização/limpeza desses hospitais. Nesse ambiente é fundamental a existência da Vigilância em Saúde do Trabalhador, essa poderá promover a saúde dos mesmos e prevenir acidentes e doenças através de mecanismos de investigação, análise e intervenção nos processos, nos ambientes de vivências diária, nas



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

organizações como um todo e também nas relações de trabalho (DALDON, 2013).

Pesquisas mostram que existem diferentes tipos de acidentes em diferentes áreas do ambiente hospitalar, esse pode ocorrer com diversos tipos de materiais, inclusive material biológico. No dia-a-dia dos profissionais observa-se que não somente trabalhadores que tem contato direto com pacientes sofrem esses acidentes, mas também, a equipe de higienização e limpeza, lavanderia, equipe de manutenção e de coleta de lixo devido ao seu contato na parte externa da unidade. Existem diferentes tipos de limpeza hospitalar e a equipe de higienização deve estar sempre atenta naquilo que está fazendo, seja qual for sua atividade, pois hospital é um lugar de muitas infecções e de muitos objetos perfuros-cortantes (CANINI, 2005).

São vários os tipos de acidentes que podem ocorrer dentro de uma unidade hospitalar, e estudos revelam que o número de acidentes é muito maior naqueles que fazem parte da esterilização/limpeza dos objetos que são utilizados para a assistência dos pacientes. Assim devem ser tomadas algumas medidas com a finalidade de minimizar esses riscos de contaminação, essas incluem reconhecer o risco, identificar medidas de prevenção e ainda mostrar aos trabalhadores que deve haver uma conscientização a cerca dos riscos que estão expostos em seu local de trabalho. No que diz respeito à equipe de higienização, principalmente aqueles que atuam nas atividades realizadas no expurgo (local onde é realizada a limpeza do material que foi utilizado na assistência prestada ao paciente), deve-se ter uma conscientização muito maior, onde uma das principais ações preventivas é o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), gorro, óculos, máscara, luvas grossas de borracha, avental impermeável e sapato fechado, com isso haverá uma diminuição dos riscos que os trabalhadores estão expostos, como contaminação por gotículas de sangue, secreção corpórea ou acidentes percutâneos (RIBEIRO, 2012).

O uso de EPI's é de extrema importância para que não haja complicações posteriores nos trabalhadores, e devem ser utilizados naquelas situações onde se tem exposição com pacientes internados, ou naquelas em que se apresentam materiais já usados pelos mesmos. Portanto estar bem consciente do que está fazendo é algo imprescindível, além disso, prevenir-se é a melhor



ANAIAS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

forma de se ter um trabalho seguro e organizado. Assim, objetiva-se fazer uma avaliação entre a incidência de acidentes, sejam eles com perfuro-cortantes, materiais biológicos, entre outras maneiras, e o uso incorreto dos EPI's, que são de uso individual utilizado pelo trabalhador para proteger-se dos riscos presentes na instituição e que devem ser disponibilizados pelo empregador de forma adequada para que se tenha um uso correto na equipe de higienização hospitalar (RIBEIRO, 2012).

Justifica-se reflexões com essa temática a partir da implementação das Normas Reguladoras (NR), pois segundo a NR-6 Equipamento de Proteção Individual, é todo produto utilizado individualmente pelo trabalhador com a finalidade de protegê-lo de riscos ocupacionais que possam atingir sua saúde levando-o a um estado precário. Esta norma define que cabe ao empregador disponibilizar de forma adequada o material necessário e suficiente para que o trabalhador possa fazer o uso correto dos mesmos sem ter restrições para utilização. Assim, faz-se necessário a fiscalização nas instituições para que se tenha um controle daquilo que está certo e errado, do que está sendo usado ou não.

Atualmente, vê-se nas instituições hospitalares uma precariedade que não tem fim, os profissionais, em especial as equipes de higienização mostram-se insatisfeitos com seu ambiente de trabalho e o modo como fazem suas atividades. Existe uma privatização no que diz respeito à conscientização desses trabalhadores em usar Equipamento de Proteção Individual, ou seja, materiais para sua própria proteção, onde se apresentam luvas, máscaras, óculos, entre outros. Nas instituições há diferentes meios para comunicação, o que não se tem é profissionais adequados para dar de forma correta a informação, o que acontece caso não use tal proteção, a incidência desses acontecimentos e o que fazer para evitá-los.

Assim, pensando em todos esses acontecimentos, devem-se formar meios para conscientizar os trabalhadores dessas equipes sobre a utilização diária e correta dos Equipamentos de Proteção Individual, como usar e o porquê da utilização. São várias as doenças que podem acometer pessoas que estão ligada ao ambiente hospitalar, entre elas a infecção hospitalar, onde os sintomas são relacionados ao local do procedimento ou envolvem algum



ANAIAS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

sistema, como respiratório ou urinário. Pacientes graves podem ter o comprometimento do organismo todo, o profissional fica mais susceptível a outras doenças pela sua baixa imunidade. Não somente essa, mas também outras podem acarretar problemas difíceis de ser tratados, por exemplo, alguém higieniza um material perfuro-cortante e antes de fazer a limpeza, o indivíduo, sem o uso de luvas, faz um corte na parte superior do dedo mínimo, o que poderá acontecer? E se o paciente estivesse com AIDS? O profissional teria se contaminado com o sangue que estava presente no material e assim, ficaria com uma doença grave, difícil de ser trata, simplesmente pelo fato de não ter usado luvas para protegê-lo.

Conseqüentemente, o profissional terá que se afastar de suas atividades diárias e ter uma vida com muitos mais limites, e isso trará para aquele trabalhador muitas perdas, entre elas a convivência na sociedade. Portanto, com todos esses acontecimentos o uso de EPI's torna-se indispensável nas unidades hospitalares e, para isso, toda a equipe de higienização deve conscientizar-se daquilo que está fazendo e que pode acontecer caso não se proteger, no entanto, cabe as instituições ter regulamentos e normas que sejam cumpridas para dar início a um trabalho seguro e bem sistematizado.

O presente trabalho tem como objetivo: analisar a relação entre acidentes e o uso incorreto de EPI's na equipe de higienização de um hospital. E como questão norteadora: Qual a relação de acidentes causados pela ausência e uso incorreto de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) na equipe de higienização hospitalar?

METODOLOGIA

Pesquisa com abordagem qualitativa do tipo bibliográfica. Inicialmente buscaram-se os descritores no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), onde se utilizaram “Equipamentos de proteção individual”; “Acidentes de trabalho”; “Saúde do trabalhador” e “Risco ocupacional”. Utilizou-se a base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), onde se consideraram como instrumentos relevantes artigos científicos, teses e dissertações, de 2004 a 2015, em idiomas português, inglês e espanhol. Para seleção dos artigos procurou-se considerar os trabalhos que



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

dessem maior relevância ao tema, independente do idioma, assim foram excluídos os artigos, teses e dissertações que abordassem temas diferentes em seu assunto. Assim, obtiveram-se quinze artigos científicos, uma dissertação e duas teses, no entanto, excluíram-se as teses, dissertações e quatro artigos, finalizando com onze artigos para realização do trabalho completo.

167

RESULTADOS E DISSCUSSÃO

Trabalho Hospitalar

O trabalho de higienização hospitalar é bastante amplo e complexo, assim como traz sentimentos de prazer, para aqueles que gostam do que fazem, o expõem também aos riscos que podem causar sérios danos a sua saúde. Muitos acidentes que ocorrem dentro dos hospitais são produzidos por materiais perfuro-cortantes com material biológico que está potencialmente contaminado, esses podem acontecer na retirada do lixo hospitalar, quando diversos materiais são descartados de forma inadequada e em locais impróprios, também na hora de higienizar o produto já usado por pacientes, onde há um descuido que acaba ocasionando o acidente (RIBEIRO, 2012).

O trabalho hospitalar exige influencia mútua dos seres humanos, recursos materiais e tecnológicos, assim o processo de trabalho terá uma organização mais ampla, interdependente, dinâmica e complexa, deixando assim, o ambiente com mais facilidade de trabalho para a equipe de higienização (SZNELWAR, 2004).

O dia-a-dia dos trabalhadores trazem diversos problemas que são levados para o local de trabalho sem mesmo que eles notem este fato, e isso acaba causando muitos transtornos na vida desses trabalhadores, pois começam a contrair doenças, e essas deixando-os em estado de dependência, muitas vezes total. Portanto, deve seguir a orientações para uso de Equipamento de Proteção Individual (máscaras, luvas, óculos, etc.), assim como proteger-se quando se encontram em contato com agulhas ou fluídos de sangue, usando assim, aventais para que não haja esse contato (CANINI, 2005).

Sabe-se que existe certo desconforto na utilização dos EPI's, nesses entram, sufocação, incômodo, dificuldade na utilização, calor, entre outros, porém seu



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

uso é obrigatório em todas as instituições. O que se vê atualmente, é que a maioria dos trabalhadores faz o uso do material por ser norma da entidade, não porque corre o risco de adquirirem certas doenças, o que se tem também é a falta de oportunidade para escolher, todos devem usar aquilo que foi dado para si, sem nenhuma restrição. Contudo, a existência de fatores positivos com o uso desses EPI's é imensa, os trabalhadores ficam protegidos de todas as ocorrências que podem acontecer devido ao contato direto com materiais hospitalares contaminados (RIBEIRO, 2012).

Estudos revelam que a causa de acidentes na equipe de higienização dá-se, na maioria das vezes com materiais biológicos, e que as ocorrências nas mulheres é duas vezes maiores do que nos homens, fato esse que deve ser investigado mais, pois não se sabe ao certo o porque dessa diferença. Autores dizem que esse episódio acontece devido ao número de mulheres serem maior dentro da unidade, por isso há a existência de um número maior de acidentes no sexo feminino. A localização desses perfuro-cortantes também é bastante discutida, pois se afirma que os lugares onde mais acontecem acidentes são aqueles que contêm sacos de lixo seguido de materiais encontrados no chão (MORAES, 2009).

A adoção de medidas preventivas, para ambiente hospitalar, é extremamente necessária, uma vez que os riscos à saúde são mais eminentes pela possibilidade de contágio por agentes infecciosos ao se considerar as características da modalidade de serviços que são desenvolvidos por estas instituições (ERDRMANN, 2004, p.88).

Biossegurança

A biossegurança é o que chamamos de ações voltadas para a prevenção, proteção do trabalhador, minimização de riscos inerentes às atividades de pesquisa, ensino, produção, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando à saúde do homem, e a preservação do meio ambiente, visando um bom resultado. Pode-se dizer que biossegurança é uma forma de cuidar a vida que garante condições naturais e físicas para todas as gerações, para isso deve-se haver um envolvimento significativo de toda sociedade colocando em prática o pensamento de ética e cidadania (ERDTMANN, 2004).

Equipamentos de Proteção Individual - EPI's

A NR-6 diz que Equipamento de Proteção Individual, é todo produto utilizado individualmente pelo trabalhador com a finalidade de protegê-lo de riscos ocupacionais que possam atingir sua saúde levando-o a um estado precário (Ribeiro, 2012).

Os EPI's são materiais importantes de proteção que devem ser utilizados pelos trabalhadores naquelas situações as quais os trabalhadores estão expostos a riscos ocupacionais. Percebe-se que muitos trabalhadores da enfermagem deixam de fazer uso desses EPI's nestas situações e se expõem ao contato com patógenos transportados pelo sangue e outras secreções corpóreas (RIBEIRO, 2012, p. 200).

Equipe de higienização

A Equipe de Limpeza Hospitalar tem sido bastante esquecida pelas unidades hospitalares e também pelos pesquisadores e estudantes. Sabe-se que esterilizar material usado em hospital não é nada agradável para aqueles que estão fazendo o ato, além disso, existem diversos fatores que causam as doenças que muitas vezes tornam-se irreversíveis. O trabalhador dessa equipe deve fazer o uso correto de todos os EPI's que lhe são apresentados pelas unidades, porém muitos não o fazem corretamente e outros nem mesmo usam o material. Contudo existe aí, uma necessidade de mais estudos sobre esses profissionais, sobre a equipe de higienização, que faz ligação direta e indiretamente com o paciente (MARTELLO, 2009).

A dificuldade existente na população em entender certas coisas é algo de extrema preocupação para todos os profissionais da saúde, para tanto eles precisam inventar diferentes formas de conscientizar os trabalhadores em fazer de forma correta suas atribuições. Têm-se muitas maneiras de fazer uma proteção bem sucedida, e o uso correto dos EPI's pelos trabalhadores é de suma importância para que se tenha uma vida mais saudável e longa. Existem sim, aspectos negativos e positivos na utilização dos mesmos, porém estudos revelam que a incidência de acidentes de trabalho é menor naqueles que fazem o uso dos equipamentos (RIBEIRO, 2012).



ANAIAS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

CONCLUSÕES

Com todos esses acontecimentos o uso de EPI's torna-se indispensável nas unidades hospitalares e, para isso, toda a equipe de higienização deve estar sensibilizada daquilo que está fazendo e que pode acontecer caso não haja proteção. Portanto, indica-se como elemento chave para a proteção do trabalhador o desenvolvimento de uma cultura organizacional, que tenha como objetivo promover, prevenir e manter condições laborais sistematizadas e seguras tanto para a equipe de higienização, quanto aos demais envolvidos.

O uso dos EPIs é importante para proteção segura e eficaz, esses são barreiras primárias de contenção, designados a fazer uma proteção ampla do trabalhador dos riscos que podem os acometer. Assim, deve-se haver a educação permanente dos trabalhadores a fim de evitar e prevenir os acidentes inerentes aos materiais contaminados, pois quanto maior à manipulação desses materiais maior a chance de contrair doenças. Contudo, o profissional deve buscar alternativas para que não haja acidentes de trabalho, onde contenha as condições de segurança, que são alcançadas por um conjunto de ações destinadas a prevenção e controle dos agravos que podem surgir.

O uso inadequado de EPI's pode causar diversos problemas à saúde do trabalhador, principalmente aqueles que ficam diretamente ligados à limpeza hospitalar, portanto usar os mesmos adequadamente é a melhor forma de prevenir acidentes e preservar a saúde dos trabalhadores envolvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CANINI S.R.M.S., GIR E. MACHADO A.A. **Accidents with potentially hazardous biological material among workers in hospital supporting services.** Rev Latino-am Enfermagem, julho-agosto 2005.

CHILLIDA M.S.P., COCCO M.I.M. **Saúde do trabalhador & terceirização: perfil de trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar.** Rev Latino-am Enfermagem março-abril, 2004.

DALDON M.T.B., LANCMAN S. **Vigilância em Saúde do Trabalhador – rumos e incertezas.** Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 2013.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

ERDTMANN B.K. **Gerenciamento dos resíduos de serviço de saúde: biossegurança e o controle das infecções hospitalares.** Texto Contexto Enferm 2004.

MARTELLO N.A., BENATTI M.C.C. **Qualidade de vida e sintomas osteomusculares em trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar.** Revista de enfermagem USP, 2009.

MARZIALE M.H.P. **Influencia organizacional na ocorrência de acidentes de trabalho com exposição a materia biológico.** Rer. Latino Am. Enfermagem, jan-fev 2013.

MORAIS N.O. et al. **Exposição ocupacional com material potencialmente contaminado entre profissionais da área de apoio.** Cogitare Enferm Out/Dez, Alagoas, Campo Grande-MS 2009.

RIBEIRO R.P., VIANNA L.A.C. **Uso dos equipamentos de proteção individual entre trabalhadores das centrais de material e esterilização.** Cienc Cuid Saude 2012.

SZNELWAR L.I. et al. **Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho.** Revista Produção, v. 14, n. 3, p. 045-057, Set./Dez. 2004.

VALIM M.D., MARZIALE M.H.P. **Avaliação da exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011.

VILELA R.A.G., ALMEIDA I.M., MENDES R.W.B. **Da vigilância para prevenção de acidentes de trabalho: contribuição da ergonomia da atividade.** Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, 2012.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PANORAMA DA ENFERMAGEM

MORAES, Ana Paula Kunrath¹
NOAL, Helena Carolina²

172

Palavras-chave: Educação Permanente. Enfermagem.

RESUMO: A Educação Permanente em Saúde (EPS) é proposta pelo Ministério da Saúde, desenvolvendo uma estratégia que objetiva transformar as práticas de formação estabelecidas até então, formular políticas de atenção voltadas à gestão, incentivar a participação popular e controle social de saúde. **Objetivo:** Identificar a produção científica a cerca da temática Educação Permanente pelos profissionais de enfermagem, no período de 2007 até 2015. **Metodologia:** Será realizada uma revisão integrativa nas bases de dados LILACS e BDEFN, com os descritores “Educação Permanente” e “Enfermagem”, no período de fevereiro a maio de 2016.

INTRODUÇÃO

A população Brasileira vem sofrendo alterações no delineamento da saúde nas últimas décadas, em consequência das profusas mudanças epidemiológicas, sociais, econômicas e populacionais. Tais transformações supracitadas suscitam o Sistema de saúde brasileiro a ponderosos desafios, singularmente no que concerne à reorientação de modelos de atenção, acarretando entre outras nuances, na modernização e consolidação de ações didáticas em saúde. Ademais, claramente demonstram potencial de reconhecimento dos prismas culturais e socioeconômicos, onde o indivíduo configura-se como agente desse processo no qual está inserido (CECCIN, FERLA, 2009).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é proposta pelo Ministério da

¹ Acadêmica do 9º Semestre Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.

² Professora da Faculdade Integrada de Santa Maria FISMA.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Saúde, desenvolvendo uma estratégia que objetiva transformar as práticas de formação estabelecidas até então, formular políticas de atenção voltadas à gestão, incentivar a participação popular e controle social de saúde, ou seja, transformar o processo de trabalho, melhorando a qualidade dos serviços de saúde prestados, proporcionando a acessibilidade e incentivando a equidade, sendo estes pontos fundamentais na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

A EPS tornou-se uma política instaurada inicialmente em 2004 pela portaria GM/MS N° 198, de 13 de fevereiro de 2004, esta chamada de Política Nacional de Educação em Saúde, sendo responsabilidade do Ministério da Saúde devido à reforma sanitária brasileira, pois é uma necessidade do gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) elaborar e executar políticas que oriente na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde fundamentado na importância da integração do ensino e serviços da saúde. Tratando-se de um conceito pedagógico com objetivo de integrar o aprendizado, a reflexão crítica sobre o serviço e resolutividade clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2004).

Define-se por educação permanente uma política estratégica de formação que almeja o desenvolvimento do SUS, podendo ser de âmbito nacional, estadual, regional ou municipal, desde que haja a articulação conforme as necessidades dos serviços de saúde e a gestão, sendo esta política uma aprendizagem no cotidiano do trabalho, no qual o ensinar e aprender se relacionam intimamente, pois trata-se de uma troca de conhecimentos visando a qualificação que transforme as práticas profissionais (BRASIL, 2007).

É fundamental destacar que a EPS fundamenta-se na aprendizagem significativa que

acontece quando aprender uma novidade faz sentido para nós. Geralmente isso ocorre quando a novidade responde a uma pergunta nossa e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes. Isso é bem diferente da aprendizagem mecânica, na qual retemos conteúdos. Na aprendizagem significativa acumulamos e renovamos experiências (BRASIL, 2005, p. 12).



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Versada a importância da EPS para o SUS, denota-se que há papel fundamental da mesma para o cotidiano do enfermeiro, ainda que para isso seja importante que tal profissional absorva referencial pedagógico que estruture as importantes e inovadoras práticas de aprendizagem com a finalidade de proporcionar as almejadas mudanças nas práticas de saúde (RESCK, GOMES, 2008).

Diante da complexidade da temática supracitada e sua relevante contribuição para os profissionais da saúde, surgiu o seguinte questionamento: Qual a produção científica a cerca da temática Educação Permanente pelos profissionais de enfermagem, no período de 2007 até 2015?

OBJETIVO

Identificar a produção científica a cerca da temática Educação Permanente pelos profissionais de enfermagem, no período de 2007 até 2015.

JUSTIFICATIVA

A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia promissora que visa à qualificação dos profissionais de saúde e a transformação da sua realidade, objetivando assim, o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, nesse sentido é de extrema relevância que se façam estudos a respeito da temática.

Desta forma, entende-se que estudar a EPS permitirá compreender e elucidar algumas questões fundamentais na formação dos profissionais de saúde, visto que a EPS trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica dos envolvidos sobre as práticas de atenção, gestão e formação, que beneficiam tanto os profissionais, os futuros profissionais e as instituições formadoras e de saúde. Portanto, constatou-se a importância de abordar esta temática.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

REVISÃO DE LITERATURA

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A área de saúde é a principal responsável pela política brasileira de inclusão social, deste modo pode-se citar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de atender todos os cidadãos, sendo esta a mais importante reforma de Estado em curso no País. É de fundamental importância para todos os cidadãos que o SUS seja cada vez mais fortalecido e isso depende das pessoas dos diversos segmentos sociais, pessoas essas que têm a responsabilidade ética e política em dar continuidade ao processo que iniciou na Reforma Sanitária (BRASIL, 2005).

Desde a criação do SUS, já houve consideráveis mudanças nas práticas de saúde, mas ainda há muito a ser desenvolvido e melhorado, para isso é necessário que haja profundas transformações no desenvolvimento e na formação dos profissionais envolvidos no SUS, ou seja, só se alcançará essa mudança efetiva na forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos cidadãos brasileiros quando houver mudanças nas formas de ensino e aprendizagem (BRASIL, 2005).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) pode ser caracterizada como a ação pedagógica que enfatiza o dia a dia do trabalho em saúde, que tem como objetivo levar os indivíduos a uma autoanálise e uma reflexão crítica, ressaltando que a EPS evolui quando fala-se no multiprofissional e no coletivo através das experiências vivenciadas adquirindo novos conhecimentos e assim gerando novas práticas (CECCIM, 2005).

Uma das estratégias para melhorar a formação e assim alcançar o objetivo de fortalecimento do SUS é a implementação da EPS, pois esta possibilita simultaneamente o desenvolvimento pessoal dos trabalhadores do SUS e por consequência o desenvolvimento das instituições, além de fortalecer a articulação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços e reforçar o vínculo entre a atenção à saúde e o controle social (BRASIL, 2005).



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

A EPS pode ser correlacionada à Educação em Serviço no momento que se coloca a importância de conteúdos, instrumentos e recursos para a formação de profissionais, quando estes são incluídos a um projeto que visa mudanças institucionais ou também vise mudar a orientação política das atividades realizadas em certo tempo e lugar. Pode também estar correlacionada à Educação Continuada, no momento em que esta esteja almejando a construção objetiva de quadros institucionais e o investimento em carreiras de um determinado serviço em um local e tempo específicos. Ademais pode também estar correlacionada à educação formal profissional na medida em que esta se configura como sendo largamente permeável às pluralidades da realidade de práticas e integra o binômio indissociável teoria-prática (CECCIM, 2005).

Na visão de muitos educadores, a EPS refere-se a um esforço da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos, tendo seu perfil embasado nos princípios e diretrizes desencadeados por Paulo Freire na sua obra “Educação e Conscientização” até a “Pedagogia da Indignação” (CECCIM, 2005).

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Portaria GM/MS N° 198, de 13 de fevereiro de 2004

A Educação Permanente em Saúde tornou-se uma política instituída inicialmente em 2004 pela portaria GM/MS N° 198, de 13 de fevereiro de 2004, chamada de Política Nacional de Educação em Saúde, sendo responsabilidade do Ministério da Saúde devido à reforma sanitária brasileira, pois é uma necessidade do Gestor Federal do Sistema Único de Saúde (SUS) elaborar e executar políticas que oriente na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde fundamentado na importância da integração do ensino e serviços da saúde. Tratando-se de um conceito pedagógico com objetivo de integrar o aprendizado, a reflexão crítica sobre o serviço e resolutividade clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2004).



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Portaria GM/MS Nº 1 996, de 20 de agosto de 2007

Na Portaria nº 1 996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007 definiu-se a educação permanente uma política estratégica de formação que almeja o desenvolvimento do SUS, podendo ser de âmbito nacional, estadual, regional ou municipal, desde que haja a articulação conforme as necessidades dos serviços de saúde e a gestão, sendo esta política uma aprendizagem no cotidiano do trabalho, no qual o ensinar e aprender se relacionam intimamente, pois trata-se de uma troca de conhecimentos visando a qualificação que transforme as práticas profissionais (BRASIL, 2007).

Esta portaria define novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. Ressaltando que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Definiu que a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Esses Colegiados de Gestão Regional, conforme a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, são as instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais). Ressaltando que o Colegiado de Gestão Regional deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos entes federados participantes.

São atribuições do Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde: construir coletivamente e definir o Plano de



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (de sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, além de submeter, pactuar, incentivar, promover, acompanhar, monitorar e avaliar periodicamente a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário.

São atribuições das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência; articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos a esta Portaria; incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação; contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão.

Quanto ao financiamento do componente federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, consignado no orçamento do ano de 2007, prescindirá das assinaturas dos Termos de Compromisso do Pacto pela Saúde.

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde garantirão cooperação e assessoramentos técnicos que se fizerem necessários para: organização de um Sistema Nacional de Informação com atualização



ANAIIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

permanente, com dados referentes à formação técnica/graduação/especialização; elaboração do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde; orientação das ações propostas à luz da Educação Permanente em Saúde e da normatização vigente; qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões Intergestores Bipartite para a gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e instituição de mecanismos de monitoramento e de avaliação institucional participativa nesta área.

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por: planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço; estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde em seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatorios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

As Comissões de Integração Ensino-Serviço devem funcionar como instâncias interinstitucionais e regionais para a cogestão dessa política, orientadas pelo plano de ação regional para a área da educação na saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica,



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A ENFERMAGEM

Quando foi instaurada a educação permanente em saúde, o Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), objetivou “apoiar e financiar as iniciativas e ações apresentadas e pactuadas nos Pólos para formação, capacitação e mudanças nos currículos de formação”. Diante disso, o Ministério da Saúde aumentou os incentivos às melhorias dos currículos dos cursos de graduação em enfermagem e outros cursos da área de saúde, devido à necessidade de haver uma qualificação constante desses profissionais quanto aos temas saúde e sociedade, epidemiologia atualizada, necessidades de saúde da população e do SUS, entre outros, estimulando a adesão de métodos ativos de ensino-aprendizagem, assim como, a formação geral, crítica e humanizada, oportunizando capacitações em clínica ampliada de saúde, trabalho em equipes multiprofissionais (BRASIL, 2004; BRASIL, 2003).

No contexto explicitado, onde a formação e qualificação profissional servem-se do ensino e aprendizagem, com ênfase na gestão do SUS e o controle social, nota-se o desenvolvimento de inéditos perfis de trabalhadores e de gestores dos serviços, ações e sistema de saúde. Objetivando com isso tornar estruturalmente possível que o país possua uma gestão do trabalho e da educação dentro da política pública, ainda que seja necessário salientar que há forte carência de estratégias que tenham o objetivo de fortificar tais condições e transforme as instituições de formação de gestão, tornando-as proprietárias de um verdadeiro compromisso social (MANCIA, CABRAL, KOERICH, 2004).

Em uma pesquisa realizada em um hospital universitário de uma cidade do interior de Minas Gerais, tendo como sujeitos 35 enfermeiros, 70 técnicos e nove auxiliares de enfermagem, totalizando 114 profissionais, houve a identificação das demandas de qualificação, sendo realçada o quão importante e necessário é o conhecimento técnico-científico. “Os participantes destacaram a educação permanente como estratégia para aquisição e atualização de



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

conhecimentos e formação de agentes multiplicadores junto aos usuários e à equipe de saúde” (JESUS. et al. 2011, p. 1233).

METODOLOGIA

Esta pesquisa consiste em uma revisão integrativa, pois trata-se de um método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular, neste caso da Educação Permanente em Saúde. Esse método de pesquisa objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema. A revisão integrativa possibilita a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Será realizada uma pesquisa por produções científicas disponíveis *online* em duas bases de dados eletrônicas indexadas, sendo elas, a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados da Enfermagem (BDENF), com os descritores “Educação Permanente” e “Enfermagem”, no período de fevereiro a maio de 2016.

Para a seleção dos estudos encontrados serão utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser artigo de pesquisa, estar no idioma português, responder a questão pesquisa, respeitar o recorte temporal de 2007 até 2015, estar disponível na íntegra, gratuito e *online*. Serão excluídas as teses e dissertações.

Após a pesquisa na base de dados, a seleção dos estudos se dará por meio de leitura crítica dos artigos e de acordo com critérios de inclusão e exclusão. Será construído um instrumento de coleta e organização dos dados e a digitação ocorrerá mediante dupla digitação. Será realizada a análise de conteúdo temática conforme Bardin (2011), em três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **ANÁLISE DE CONTEÚDO: A VISÃO DE LAURENCE BARDIN**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Educação Permanente entra na Roda**. Polos de Educação Permanente em Saúde. Conceitos e caminhos. Brasília (DF), 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf> Acesso em: 12 setembro 2015.

_____. Ministério da Saúde. Caminhos para a Mudança da Formação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS. Brasília (DF), 2003.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1 996/GM/MS**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF), 22 de agosto de 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html> Acesso em: 19 setembro 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 198/GM/MS**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília (DF): MS, 2004. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0137/PortariaGM_2004_0198.pdf> Acesso em: 19 setembro 2015.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunic., Saude, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho Educação e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 443-456, fev., 2009.

JESUS, Maria Cristina Pinto de. et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1229-1236, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a28.pdf>> Acesso em: 01 dezembro 2015.

MANCIA, Joel Rolim Mancia; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-610, set/out, 2004.



ANAIS DO III ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE INTEGRADA DE SANTA MARIA

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez., 2008.

RESCK, Zélia Marilda Rodrigues; GOMES, Elizabeth Laus Ribas. A Formação e a prática gerencial do enfermeiro: caminhos para a práxis transformadora. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 1, 2008.