



URI

ERECIM

XIX ENCONTRO DE
ENFERMAGEM
DO ALTO URUGUAI

XV ENCONTRO DE
ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

**Segurança do Paciente em
Urgência e Emergência**

22 e 23 de outubro de 2018

ANAIS

XIX ENCONTRO DE ENFERMAGEM DO ALTO URUGUAI
XV ENCONTRO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM
"Segurança do paciente em Urgência e Emergência"

22 e 23 de outubro de 2018

ANAIIS

2018
ERECHIM/RS

UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES

REITORIA

Reitor:

Arnaldo Nogaro

Pró-Reitora de Ensino:

Edite Maria Sudbrack

Pró-Reitora de Pesquisa, Extensão e Pós-
Graduação:

Neusa Maria John Scheide

Pró-Reitor de Administração:

Nestor Henrique De Cesaro

CÂMPUS DE ERECHIM

Diretor Geral: Paulo Roberto Giollo

Diretor Acadêmica: Adilson Luis Stankiewicz

Diretor Administrativo: Paulo Jose Sponchiado

Realização:

URI – Câmpus de Erechim

Curso de Graduação em Enfermagem

Organização: Irany Achilles Denti

Capa: (Assessoria de Marketing, Comunicação e Eventos /URI Erechim)

Revisão e Diagramação: Irany Achilles Denti e Luana Ferrão

O conteúdo dos textos é de responsabilidade exclusiva dos (as) autores (as).
Permitida a reprodução, desde que citada a fonte.

E56s Encontro de Enfermagem do Alto Uruguai (19. :2018 : Erechim, RS)
Segurança do paciente em urgência e emergência [recurso eletrônico] :
Encontro de Enfermagem do Alto Uruguai; XV Encontro de Acadêmicos de
Enfermagem. – Erechim, RS, 2018.

1 recurso online.

ISBN 978-85-7892-153-8

Modo de acesso:

http://www.uricer.edu.br/site/informacao.php?menu_superior_adicional=18
(acesso em: 19 out. 2018).

Evento realizado na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e
das Missões - Campus de Erechim.

Com Anais / XIV Encontro de Acadêmicos de Enfermagem

Com a coordenação de: Irany Achilles Denti, Samuel Salvi Romero, Maiara Bordignon.

1.Cuidado ao paciente 2. Unidade de Pronto Atendimento 3. Formação
Profissional

C.D.U.: 616-083(063)

Catálogo na fonte: Sandra Milbrath CRB 10/1278



Livraria e Editora
Av. 7 de Setembro, 1621
99.709-910 – Erechim-RS
Fone: (54) 3520-9000
www.uricer.edu.br

Comissão Organizadora do Evento



Coordenação do evento

MS. Luana Ferrão e Esp. Neiva Prestes



Comissão Organizadora/Científica

- Enf^a Ms. Angela Brustolin
- Dr^a Cibele Sandri Manfredini
- Enf.^a Ms. Luana Ferrão
- Enf.^o Dr. Irany Achilles Denti
- Enf.^o Ms. Samuel Salvi Romero
- Esp. Neiva Prestes
- Dr^a Maiara Bordignon

APRESENTAÇÃO

O XIX Encontro de Enfermagem do Alto Uruguai e XV Encontro de Acadêmicos de Enfermagem apresentou como tema "Segurança do Paciente em Urgência e Emergência", tendo como objetivos: Possibilitar aos participantes a qualificação técnica e científica, ampliando seus conhecimentos e habilidades para o cuidado; Permitir a atualização e complementação da formação profissional por meio de minicurso; Difundir o curso de Enfermagem e as possibilidades de trabalho da profissão, bem como integrar estudantes, docentes, profissionais da área; Possibilitar que os acadêmicos de graduação exponham trabalhos de cunho científico, que estão sendo realizados ou que julguem como uma contribuição pertinente para o debate acadêmico na área; Reconhecer ações e Tecnologias para melhorar habilidades voltadas para o atendimento básico à saúde; Apresentar situações passíveis de discussão e reflexão utilizadas na prática do cuidado; Elaborar e apresentar trabalhos oriundos de ações de pesquisa ou de extensão; Desenvolver habilidades para elaboração do raciocínio analítico e crítico, trabalho em equipe, capacidade de síntese, comunicação, expressão escrita e oral. Adicionalmente também objetivamos promover a atualização e fomentar a troca de experiências no âmbito de atuação da Enfermagem estando em consonância com as perspectivas contemporâneas de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

A produção do conhecimento e as experiências no ensino-aprendizagem contribuem para o crescimento científico de discentes, docentes e profissionais da área da saúde em suas competências individuais e coletivas nos diversos campos de atuação da enfermagem. Desta forma, proporcionar o encontro de profissionais, acadêmicos e professores em um momento de reflexão sobre a profissão o ensino e a aprendizagem da enfermagem nas mais diversas situações de sua atuação, amplia a visão do processo de cuidar de si e do outro. Os serviços de urgência e emergência constituem um vasto campo de intervenção da equipe de enfermagem. Nestes ambientes são assistidas pessoas em situações críticas e comprometedoras à sua vida, o que requer agilidade e habilidade, além do conhecimento técnico e científico aliado ao gerenciamento do cuidado.

Neste sentido, os trabalhos, palestras e minicurso foram voltados para a aquisição de conhecimentos, habilidades, estímulo à pesquisa, expor temas pouco explorados na matriz curricular e necessários para a atuação integral do Enfermeiro nos diferentes cenários onde a Legislação impõe a sua ação.

Prof. Dr. Irany Achilles Denti

Ms. Luana Ferrão

SUMÁRIO

A IMPORTÂNCIA DO DIÁRIO DE CAMPO PARA O DESENVOLVIMENTO CRÍTICO - CLÍNICO NO ESTÁGIO SUPERVISIONADO IIB DE ENFERMAGEM	9
SUORTE A VIDA EM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	12
PERFIL E PROGNÓSTICO DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ATRAVÉS DA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE APACHE II	15
MATRIZ DE INTERVENÇÃO PARA SALAS DE VACINAS DE DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	18
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	22
RELAÇÃO MÉDICO-ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE- UMA DISCUSSÃO ACADÊMICA	25
CÂNCER GINECOLÓGICO E AS REPERCUSSÕES NO COTIDIANO DAS MULHERES	28
O PACIENTE FRENTE AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO	31
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE COMO FERRAMENTA PARA MELHORIA DOS CUIDADOS EM USUÁRIOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS – CONTEÚDOS E APROXIMAÇÕES NA EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM	34
A UTILIZAÇÃO DE CHECK LIST EM SALA CIRÚRGICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	37
SUORTE DE VIDA BÁSICO E AVANÇADO.....	38
RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS SOBRE IMPORTÂNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA PARA A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA I.....	40
RELATO DE EXPERIÊNCIA: VIVÊNCIAS DOS ACADÊMICOS NO CUIDADO AO PACIENTE COM MORTE ENCEFÁLICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	42
O ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA..	44
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SÍNDROME DE BOERHAAVE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	46

EXPERIÊNCIA ACADÊMICA NO DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA SOBRE ASMA INFANTIL: A COLETA DE DADOS.	48
O CUIDADO COM FRATURAS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR	49
VIVÊNCIAS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	51
SUORTE BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA EM CRIANÇAS	52

**A IMPORTÂNCIA DO DIÁRIO DE CAMPO PARA O DESENVOLVIMENTO
CRÍTICO - CLÍNICO NO ESTÁGIO SUPERVISIONADO IIB DE
ENFERMAGEM**

Área temática: Saúde humana

Linha de pesquisa: Desenvolvimento humano, saúde e educação

**RAFAELA LOURENÇO DE LIMA¹; VERONICA BINI¹; NADINI FILIPIAK¹; JULIA
GERMINIANI¹; GLADIS PEDROSKI¹; DIOGO PIGATTO¹; SAMUEL SALVI
ROMERO²**

Introdução: A proposta da confecção de um diário de campo visa a observação e o desenvolvimento do pensamento crítico, além das funcionalidades multidimensionais, e o envolvendo de campos individuais e pontos de caráter teórico. Observa-se a importância da organização dos diários de campo no ensino e aprendizado tendo em vista que os acadêmicos relatam suas experiências vividas, assim tornando-se um válido instrumento para a articulação da teoria-prática (SOARES, et al. 2011). Diante disso, a utilização do diário de campo como tática de ensino permite ao acadêmico, expressar seus sentimentos, concepções, observações, dúvidas, demandas da população atendida, inquietações, avaliações, sentimentos pessoais, depoimentos dos sujeitos envolvidos, conflitos, questionamentos individuais e coletivo, dilemas éticos e análise crítica-reflexiva do campo de estágio em que está desenvolvendo as práticas, além de ser uma instrumento estável de autorreflexão, por estar atualizada no tempo e espaço. "Portanto, trata-se de um instrumento empregado para encorajar os educandos, no sentido de mobilizá-los para uma busca individual, voltada aos aspectos educativos, cognitivo e profissional" (WALDON, 2007, p.1). Sendo assim, essa intervenção crítica e reflexiva propõe a construção de metodologias ativas no processo de formação dos profissionais de saúde e na educação permanente na comunidade, situação em que o diário de campo torna-se um meio pela qual os alunos articulam a teoria com a prática, por meio do reconhecimento das dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços de saúde e confrontam com o conhecimento produzido na academia (SOARES, et al. 2011). Sendo assim, torna-se um instrumento inovador, que fortalece o processo educativo na enfermagem, pelo fato de utilizar métodos que façam, com que os alunos problematizem a realidade vivenciada nos serviços de saúde. Também com isso o mercado de trabalho absorve enfermeiros líderes, críticos, reflexivos, criativos e éticos, os quais sejam capazes de colaborar com a autonomia e co-responsabilização de seus colaboradores na tomada de decisões, no planejamento e na implementação das práticas assistenciais, com intuito de atender as demandas sociais (AMESTOY, et al., 2010, p. 944). **Objetivo:** Relatar as vivências e experiências de acadêmicos formandos de enfermagem na construção do diário de campo durante o período de estágio do supervisionado IIB Metodologia: Trata-se de um relato de experiência dos acadêmicos do décimo semestre do curso de graduação em enfermagem acerca da construção do diário de campo realizado durante as práticas do estágio supervisionado IIB, desenvolvido em uma UBS de um

¹ Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

² Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

munícipio de médio porte, localizado na região norte do estado do Rio Grande do Sul. Os momentos descritos aconteceram no segundo semestre do ano de 2018. O desenvolvimento do diário de campo foi proposto pelos professores orientadores com o intuito de descrever as habilidades acadêmicas, além de desenvolver a característica de criticidade e posicionamento, assim como a de promover momentos de reflexão no que diz respeito à sua evolução na construção da identidade acadêmica e profissional. Não havia um modelo de diário a ser seguido, cada acadêmico formulava a seu material da maneira que julgasse pertinente inferindo a capacidade de responsabilidade na constituição da ferramenta, criatividade e aspectos teórico científicos. **Resultados e Discussão:** No decorrer dos dias de práticas supervisionadas, analisou-se a proposta da criação de diário de campo, como forma de observação e desenvolvimento do pensamento crítico, análise sobre funcionamento das organizações, estabelecendo proximidades entre teorias administrativas e experiências vivenciadas, assim configurando-se em um válido instrumento que possibilita a articulação teoria-prática. Além de permitir um olhar mais ampliado e diferenciado diante dos conhecimentos científicos atribuídos à saúde coletiva, e também uma visão baseada nos princípios do SUS, tendo sempre como foco o cuidado integral. Sendo assim após revisão realizada pelo professor supervisor e pelos acadêmicos analisou-se algumas fragilidades na escrita, como expor mais um pensamento crítico, e sentimentos relacionados às vivências nos dias de práticas supervisionadas. Percebe-se que o diário requer desempenho pessoal, disponibilidade de tempo, sendo assim, pode-se construir a partir de um olhar diferenciado e crítico das ações realizadas. Alguns acadêmicos optaram por usar colagens, gravuras e cores no desenvolvimento do diário. Estas variedades de figuras e suas peculiaridades constituíram as atividades exercidas no decorrer dos dias e foram representadas de forma autêntica e espontânea, diferenciando informações descritivas das reflexivas, permitindo facilitar a visualização dos dados registrados tornando-se muito importante para a compreensão de quem os manuseou, assim cada diário possui uma estrutura diferenciada o que representa a autonomia, singularidade de cada aluno e o enriquecimento do material. Contudo identificou-se que através dessa exposição de ideias inseridas no diário foi possível reconhecer formas básicas de qualificação durante as ações planejadas, contribuindo para o atendimento da assistência, descobrindo especificidades de intervenções, sendo estas características eficazes para a qualificação das ações dos profissionais da área da saúde. Além de descrever as atividades, educações em saúde em escolas, empresas e Unidades Básicas de Saúde (UBS), os planos de ações, as prioridades conforme a vulnerabilidade dos territórios e avaliar essas ações de forma crítica, possibilitou reflexões entre alunos e orientadores, assim motivando o conhecimento teórico, prático e científico. **Conclusão:** Deste modo, o diário de campo do supervisionado IIB, caracteriza-se como uma ferramenta fundamental e norteadora das práticas dos discentes, sendo um olhar diferenciado para as necessidades da população, assim como meios de envolvimento profissional, com a finalidade de compartilhar conhecimentos e trabalhos. Sendo assim, através destas atividades, pode-se ampliar e fortalecer a prática do diálogo assim como, estimular novas reflexões críticas e éticas, promovendo uma maior articulação entre os gestores, alunos, orientadores e a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS). Assim foi possível alinhar as dificuldades encontradas na rotina diária dos serviços com os

conhecimentos adquiridos na vida acadêmica. Contudo, a criação do diário é de suma importância, pois promove uma maior qualificação e aprendizado aos acadêmicos, assim como aumento de informações críticas, e orientações profissionais através do relato diário das experiências vividas. O diário foi algo positivo na estrutura do Supervisionado IIB para a formação dos acadêmicos de enfermagem do décimo semestre, pois possibilitou aos alunos agregarem e atualizarem os conhecimentos, assim como a prestação de uma assistência humanizada, com base nos princípios do SUS, Universalidade, Equidade e Integralidade.

Palavras-chave: Educação em Enfermagem, Enfermagem em Saúde Comunitária, Saúde Pública, Atenção Básica à Saúde.

Referências

AMESTOY, S, C. et al. Processo de formação de enfermeiros líderes. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v.63, n.6, n. 940-5. 2010. SOARES, N, A. et al. O diário de campo utilizado como estratégia de ensino e instrumento de análise do trabalho da enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** v. 13, n. 4, p. 665-70. 2011. WALDOW, V, R. Estratégias de ensino na enfermagem: enfoque no cuidado e no pensamento crítico. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde.** Rio de Janeiro, v. 4, n.1. 2005.

SUORTE A VIDA EM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Área temática: Saúde humana

Linha de pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

CARLOS EDUARDO DO NASCIMENTO¹; ELIOMAR PEREIRA MARCA¹; IRANY
ACHILES DENTI²

Introdução: Insuficiência cardíaca é definida como uma condição que o coração é incapaz de bombear sangue suficiente com pressões de enchimento vascular normais, para atender às necessidades metabólicas do corpo. Também pode ser conceituado como sendo uma síndrome em que a disfunção ventricular acompanha-se de redução da capacidade de exercício. A insuficiência cardíaca congestiva é uma condição comum com um prognóstico ruim e com uma taxa de mortalidade de aproximadamente 50% em cinco anos (MARON et al., 2018). Fisiopatologicamente a insuficiência cardíaca frequentemente é precedida de hipertrofia deste órgão como resposta compensatória ao aumento do trabalho. Podemos citar como exemplo o hipertireoidismo que estimula os receptores β -adrenérgicos. Estes aumentam a velocidade de síntese de proteínas, a quantidade de proteínas em cada célula, o tamanho dos miócitos, número de mitocôndrias e com resultado o aumento da massa e o tamanho do coração. O padrão de hipertrofia reflete a natureza do estímulo. Os ventrículos com sobrecarga de pressão desenvolvem hipertrofia, com o aumento da espessura da parede e diâmetro normal ou reduzindo a cavidade (SCHAUER, 2017). As causas mais comuns da insuficiência cardíaca é encontrada com uma frequência cada vez maior. Este aumento pode ser atribuído ao envelhecimento da população, com uma alta incidência de doença cardiovascular. Esta síndrome é atualmente o grupo relacionado com diagnóstico mais comum em pacientes com mais de 65 anos de idade. Mesmo com os progressos do tratamento clínico e com intervenções cirúrgicas, estes pacientes têm um prognóstico bastante limitado. Além das causas habitualmente conhecidas como a HAS, DM estudos recentes vêm apontando o uso de drogas como causa da doença cardíaca e consecutivamente IC (ROBIN; COTRAN, 2000). **Objetivo:** Conceituar insuficiência cardíaca; identificar as principais causas e os substratos orgânicos envolvidos na insuficiência cardíaca; descrever as ações de suporte de vida na insuficiência cardíaca. Metodologia: baseado em revisão literária, referente ao Suporte Avançado de Vida em Insuficiência Cardíaca, com enfoque na Hipertrofia e Dilatação, com coleta de dados, informações e artigos, em base de dados, como SCIELO. Apresentar principais efeitos fisiológicos e patológicos da incidência de IC e riscos, dela decorrentes. **Resultados e Discussão:** síndrome de insuficiência cardíaca aguda (ICA), é um grande problema de saúde pública, pelo fato de ter um difícil prognóstico, ou seja, difícil de determinar a origem dos eventos que ocasionaram a ICA. Inicialmente se identifica ICA, no atendimento de emergência, pelos sintomas apresentados pelo paciente, no qual são relacionados ao estado de

¹ Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

² Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

congestão e/ou baixa perfusão OLMOS; MARTINS, 2011). As características patofisiológicas e prognóstico se apresentam de forma bem distinta, sendo característicos dessa síndrome. Quando há um tratamento inicial se objetiva o controle dos sintomas, posteriormente um tratamento que tem por objetivo evitar a progressão da doença, reduzindo sintomas em decorrência da ICA e prolongar a vida do paciente. Tratamento para ICA tem como base diuréticos, vasodilatadores e inotrópicos. Há uma busca da saúde e segurança do paciente, devendo, assim, haver um controle mais cuidadoso quanto a aplicação de tratamentos farmacológicos, para evitar prejudicar ainda mais a saúde do paciente, que pode estar melhorando a parte de insuficiência cardíaca e piorando outra parte do seu organismo. No atendimento de emergência há de se verificar se há um problema sistólico ou diastólico no paciente, para que se inicie a orientação do tratamento (RICCI et al., 2015). Há critérios para se verificar, tanto para emergência, como para atendimento rotineiro, que seriam os critérios de Framingham – Para Diagnóstico de Insuficiência Cardíaca, que define critério maiores e menores, para diagnóstico da ICA, assim também se tem a Classificação de Killip, que tem como objetivo estimar a gravidade da disfunção do miocárdio no tratamento de infarto agudo do miocárdio (PICKERING et al., 2017). Classificação de Forrester, também utilizado em pacientes com IAM, define grupos no qual o paciente pode estar inserido, conforme análise de perfusão periférica, congestão pulmonar, índice cardíaco ($<2,2$ litros/minuto/m²) e pressão capilar pulmonar. E por último a classificação conforme gravidade clínica, baseada na perfusão periférica e ausculta pulmonar, que é utilizado para parâmetro de prognóstico (O’GARA et al., 2013). ICA se tornou relevante nos últimos tempos, no que tange a saúde pública na parte ocidental, pelo fato de ser uma das principais causas de morbimortalidade de idosos. Mecanismos compensatórios crônicos: Na insuficiência cardíaca crônica, os mecanismos compensatórios incluem a taquicardia, o aumento da contratilidade secundária à atividade nervosa simpática, a dilatação e a hipertrofia miocárdica. O aumento da atividade simpática tem efeito salutar sobre o débito cardíaco, mas seu efeito secundário tende a aumentar a resistência periférica. Com a resistência periférica aumentada, estimula o incremento da secreção de renina-angiotensina. A taquicardia persistente pode ser um forte indício que caracteriza a insuficiência cardíaca. O aumento da frequência deriva, em parte de reflexos cardíacos estimulados pela distensão de estruturas nas junções venoatriais (reflexo de Bainbridge). A taquicardia em termos de energia, é uma forma onerosa de manter o débito cardíaco. Condutas recomendadas: Avaliar a responsividade através de estímulos verbais e expansão torácica; avaliar a permeabilidade de via aérea e corrigir situações de risco com: hiperextensão da cabeça e elevação do queixo, cânula orofaríngea, aspiração, retirada de próteses e via aérea definitiva, se necessário; avaliar estado circulatório; avaliar estado neurológico (BRASIL, 2016). De acordo com Abdullah (2018) o tratamento recomendado é a administração de oxigênio para suprir a incompatibilidade entre oferta e demanda dos tecidos somente se saturação de oxigênio $<90\%$. Administrar analgésicos se for necessário. Havendo isquemia miocárdica a indicação a administração de nitroglicerina sublingual (0,3 a 0,4 mg, pode

repetir em 5 min, duas vezes, para dor isquêmica e nitroglicerina intravenosa para isquemia persistente, insuficiência cardíaca. Na ocorrência concomitante de Hipertensão a indicação e administrar vasodilatadores inibidores da enzima conversora da angiotensina. Na ocorrência de trombo coronário é indicada terapia antiplaquetária. Pode ser utilizado aspirina oral (dose inicial de 162 a 325 mg e, em seguida, 81 a 325 mg por dia (indefinidamente). Pode ser necessário a administração de anticoagulantes como a heparina endovenosa. Na presença de ateroma ou doença instável progressão a terapia com estatinas que pode iniciar ou continuar a terapia com estatinas por via oral de alta intensidade (40 a 80 mg de atorvastatina ou 20 a 40 mg de rosuvastatina na admissão e depois diariamente) para o controle do colesterol. Inibidores da ECA: Iniciadores da ECA devem ser iniciados em todos os doentes com hipertensão, diabetes mellitus ou doença renal crônica estável. Os inibidores da ECA podem também ter indicação em todos os pacientes com doença cardíaca ou outra doença vascular (ANDERSON; MORROW 2017).

Referências

- ABDULLAH SM. Long-Term Association of Low-Density Lipoprotein Cholesterol With Cardiovascular Mortality in Individuals at Low 10-Year Risk of Atherosclerotic Cardiovascular Disease. *Circulation*. v.138:00–00, 2018. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.
- SCHAUER PR. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes — 5-Year Outcomes. **Nengl J Med**. v. 376:641-651, 2017.
- OLMOS, R D; MARTINS, HS. Insuficiência Cardíaca. In: **Emergências Clínicas**. 6. ed. Barueri S.P.: Manole, 2011.
- O'GARA PT; KUSHNER FG; ASCHEIM DD. et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2013; 61(4): e78-e140.
- PICKERING JW. et al. Rapid Rule-out of Acute Myocardial Infarction With a Single High-Sensitivity Cardiac Troponin T Measurement Below the Limit of Detection: A Collaborative Meta-analysis. *American College of Physicians*. DOI: 10.7326/M16-2562, 2017.
- RICCI, F. et al. Cardiovascular morbidity and mortality related to orthostatic hypotension: a meta-analysis of prospective observational studies. *European Heart Journal* doi:10.1093/eurheartj/ehv093 Downloaded from by guest on May 7, 2015. **European Heart Journal**, 2015.
- ROBBIN, S. L. e COTRAN. **Patologia Funcional e Estrutural**. 6 ed. São Paulo: Interamericana, 2000.
- Maron BJ, Rowin EJ, Maron MS. Global burden of hypertrophic cardiomyopathy. *JACC Heart Fail*. v. 6: 376-8, 2018.

PERFIL E PROGNÓSTICO DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ATRAVÉS DA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE APACHE II

Área temática: Saúde humana

Linha de pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

CRISTIAN FELIPE FANTIN ZIN¹; DÉBORA DALLA COSTA¹; JACIARA BEATRIZ
ARALDI¹; DIOGO PIGATO¹, IRANY ACHILES DENTI².

Introdução: As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) estão entre as unidades onde se requer um maior cuidado com o paciente ali internado, pois estes se encontram em um quadro mais grave, com iminente risco de óbito, necessitando de intervenções de enfermagem durante às 24hs do dia. Neste contexto o cenário que a UTI repassa para as pessoas é de um local de muita tristeza, angústia, dor física, rotulado apenas como um ambiente relacionado ao sofrimento e a morte. (PROENÇA; AGNOLO, 2011). No momento em que um integrante da família encontra-se internado em uma UTI, nota-se que é um dos momentos mais difíceis e significativos de uma família, pois se sabe que a UTI é um local onde se encontram pacientes graves, que necessitam de um cuidado intensivo, e por isso faz com que esse setor necessite de normas e rotinas diferentes de outros setores de um hospital como: horário de visitas muito curto, número delimitado de visitantes por doentes, horários que dificultam a presença de familiares e as informações sobre o quadro do paciente são restritas, e geralmente são informadas apenas pelo médico plantonista ou pelo médico assistente. (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004). As UTIs têm como finalidade promover a recuperação de doentes com alto risco ou graves por meio de suporte ventilatório, monitorização hemodinâmica e controle dos diversos sistemas orgânicos utilizando recursos tecnológicos e humanos. Conta com a presença de equipe de enfermagem e médica em tempo integral, além de suporte de outros profissionais como fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, entre outros. (BRASIL, 2010). Com isso faz-se necessário analisar estes pacientes mais graves. Um dos métodos mais comumente utilizados são escalas, onde se pode mensurar o estado geral do paciente ali internado. A Escala de APACHE II é utilizada para determinar a gravidade dos pacientes, buscando identificar, junto a outros fatores, o prognóstico bem como, o risco de mortalidade no sentido de conduzir a assistência dos profissionais de saúde. (FREITAS, 2010). O uso dessa escala tem por objetivo determinar a gravidade da doença e analisar a mortalidade hospitalar, através de valores obtidos nas primeiras 24 horas de internação através de informações padronizadas. (CARDOSO, 2012). Conforme Knaus (1985) a Escala de Apache II baseia-se em 12 variáveis fisiológicas (temperatura corporal, Pressão Arterial Média (PAM), Frequência cardíaca (FC), Frequência respiratória (FR), PH, Oxigenação, Sódio Sérico, Potássio Sérico, Creatinina Sérica, Hematócrito, Leucócitos, Escola da Escala de Glasgow), podendo ser pontuada entre 0 a 71 pontos (MALIK et al., 2010). A utilização de escalas em UTIs tem permitido uma avaliação do desempenho da unidade, tendo como objetivo maior

¹ Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim.

² Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim.

a eficiência do tratamento utilizado. Essa escala vem com o propósito de ser um instrumento facilitador a fim de estudar o grau de risco de mortalidade de pacientes internados na unidade de terapia intensiva, a fim de possibilitar um dimensionamento da enfermagem visando sempre a qualidade da assistência prestada (NOGUEIRA et. al., 2007). De acordo com a mesma fonte, há entre os profissionais de enfermagem um entendimento que os pacientes mais graves requerem uma assistência maior, porém não existem estudos científicos que provem tal hipótese. Contudo, através da relação do índice obtido da Escala de Apache II pode-se ter uma medida da condição do paciente e a necessidade de maiores ou menores cuidados de enfermagem conforme o resultado obtido com sua aplicação. A Escala de Apache II tem sido utilizada amplamente no Brasil e no Mundo. O Ministério da Saúde, a partir da portaria nº 3.432 recomenda que a Escala de Apache II fosse utilizada por UTI's e a partir do ano de 2010 a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 7, recomenda que todas as UTI utilizem a escala como classificação de severidade da doença. (CARDOSO, 2012). Desta forma o estudo atual descreve o perfil e prognóstico de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), através da utilização da Escala de APACHE II.

Metodologia: Trata-se de um estudo de coorte prospectivo a ser realizado na UTI de um hospital de norte do Rio Grande do Sul, com 50 prontuários de pacientes internados nesta unidade, maiores de 18 anos e um uso de ventilação mecânica, no período de junho a agosto de 2018. Os dados clínicos e laboratoriais foram coletados dos prontuários, disponíveis no sistema de informação, durante o período de internação nesta unidade. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da URI Erechim, sob o número 2.671.173. Foram utilizados para este estudo a Idade, sexo, motivo da internação ou diagnóstico médico, doenças pré-existentes, temperatura axilar (°C), Pressão arterial média em mmHg, frequência cardíaca, frequência respiratória, fração de oxigênio inalado, pH do sangue arterial, taxas de sódio e potássio sérico, creatinina sérica, hematócrito e leucócitos totais. A classificação e severidade da doença foi efetuada de acordo com KNAUS et al, 1985.

Resultados e Discussão: Os dados inseridos abaixo referem-se a avaliação de risco através da escala de APACHE II, onde foram coletados dados de cinquenta pacientes (30 mulheres e 20 homens) internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto. Dados alvo desta análise dizem respeito a Idade, sexo, motivo da internação ou diagnóstico médico, doenças pré-existentes, falência de órgãos, temperatura axilar (°C), Pressão arterial média em mmHg, frequência cardíaca, frequência respiratória, fração de oxigênio inalado, pH do sangue arterial, taxas de sódio e potássio sérico, creatinina sérica, hematócrito e leucócitos totais. Inicialmente serão mostrados os resultados da média e desvio padrão (DP). Posteriormente serão apresentados dados pertinentes a correlações. A média de idade foi $59,76 \pm 20,50$ anos; temperatura $36,46 \pm 0,83$, PAM $78,68 \pm 22,57$, frequência cardíaca 101 ± 20 movimentos respiratórios por minuto, frequência respiratória $18 \pm 5,3$ movimentos respiratórios por minuto, índice de oxigenação 199 ± 112 definida pela PaO_2 sobre a FiO_2 , onde é considerado como adequado < 200 , a média do pH arterial foi $7,29 \pm 0,11$, sódio sérico $141,58 \pm 14,60$, potássio sérico $3,90 \pm 0,71$, taxa de creatinina $1,67 \pm 0,91$, hematócrito $34,49 \pm 9,43$, leucócitos totais $16,39 \pm 9,21$ e média do escore de APACHE $13,54 \pm 4,74$. Do público alvo do estudo 48% evoluíram para óbito e 52% obtiveram alta da UTI. Os principais motivos para a internação na unidade, mostrados na figura nº I foi pós-operatório com 22,5% e doença pulmonar obstrutiva crônica com 34%. Contudo, também merece

destaque para a as doenças cardiovasculares (DCV), insuficiência respiratória (Ins.Resp) e parada cardiorrespiratória (PCR). Neste aspecto os números absolutos e as porcentagens superem 100% visto que em alguns pacientes havia mais de uma doença de base e que motivou a internação. **Conclusão:** Os dados do estudo revelam, para o grupo do estudo, mortalidade mais acentuada para o grupo que obteve escore de APACHE II mis elevados; alterações devidas a homeostasia ácido-base, taxas elevadas de creatinina indicando falência renal em mais de 50% assim como do equilíbrio hemodinâmico.

Palavras-chave: Escala de APACHE II, Unidade de terapia Intensiva, Enfermagem.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. [online]. Brasília; 2010.
- CARDOSO L.G.S., Tese- **Desempenho do Apache II medido na saída da UTI na previsão da letalidade**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.21;3-09, 2013.
- Knaus WA, et al. APACHE II: a severity of disease classification system. *CritCare Med*. N.13, v.10, p.818-29, 1985.
- FREITAS E. R. F. S. **Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mai-jun. n.;18(3):07, 2010.
- NASCIMENTO, E. R. P. TRENTINI, M. **O Cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Teoria Humanística de Paterson e Zderad**. Rev. Latino-am Enfermagem 2004. Março- Abril 12(2): 250-7.
- MALIK, A.A. WANI, K, A. DAR Mannheim Peritonitis Index and APACHE II – **Prediction of outcome in patients with peritonitis**. v.16(1):27-32, 2010.
- NOGUEIRA, L. S. et al. **NursingActivities Score: comparação com o Índice APACHE II e a mortalidade em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva**. Rev. bras. ter. intensiva v.19 n.3. 2007.

**MATRIZ DE INTERVENÇÃO PARA SALAS DE VACINAS DE DUAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO SUL**

Área Temática: Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**BARBARA BERGAMO¹; NADINI FILIPIAK¹; DIOGO PIGATTO¹; SAMUEL SALVI
ROMERO²; MAIARA BORDIGNON².**

Introdução: A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) descreve a Atenção Básica como “o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017). De acordo com esta política, a estratégia prioritária no âmbito da Atenção Básica é a Saúde da Família, que tem como perspectiva organizar os serviços e orientar a prática profissional para o cuidado das famílias e coletividades (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017). Neste contexto, a vacinação é um programa preventivo que possui importância mundial, pois confere proteção individual para várias doenças, além da proteção comunitária pela redução na circulação de alguns agentes infecciosos (NASCIMENTO et al., 2013; RAMOS et al., 2010). Desta maneira, a equipe de saúde verifica a caderneta e situação vacinal, orientando a população a procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) quando necessário, para completar o esquema vacinal de acordo com as recomendações (BRASIL, 2014). Neste sentido, Brasil (2014, p. 14) menciona que: “é fundamental que haja integração entre a equipe da sala de vacinação e as demais equipes de saúde, no sentido de evitar as oportunidades perdidas de vacinação, que se caracterizam pelo fato de o indivíduo ser atendido em outros setores da unidade de saúde sem que seja verificada sua situação vacinal ou haja encaminhamento à sala de vacinação”. Nas UBS, a equipe de vacinação é composta por profissionais de enfermagem (enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), que desempenham atividades desde o manuseio, conservação, preparo e administração até o monitoramento de eventos adversos, realização dos registros e descarte dos resíduos relacionados à vacinação (BRASIL, 2014). Nesta equipe, o enfermeiro tem a responsabilidade de supervisionar a sala de vacina, acompanhar o desenvolvimento do trabalho e prover estratégias para educação permanente dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2014). **Objetivo:** Descrever a experiência da realização de uma matriz de intervenção relacionada à organização da sala de vacinas de duas UBS de um município do Estado do Rio Grande do Sul, construída e implementada no decorrer do estágio supervisionado IIB. **Metodologia:** Este trabalho é um relato de experiência ocorrida durante o estágio supervisionado IIB do curso de Graduação em Enfermagem. Nesta disciplina,

¹Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

²Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

elaborou-se uma matriz de intervenção para duas UBS de um município do Estado do Rio Grande do Sul, que incluíram como ações: atualização do calendário vacinal; redigitação e unificação de orientações presentes no mural das salas de vacinas; organização e padronização da disposição dos imunobiológicos no refrigerador e fixação de uma figura ilustrativa para orientar quanto ao posicionamento dos imunobiológicos dentro do refrigerador. As intervenções foram planejadas e conduzidas durante o mês de agosto de 2018, por três acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem, observadas as orientações dos professores supervisores do campo de atividades práticas. Após a realização das intervenções propostas, foi possível avaliar a maneira como os profissionais responderam às adaptações no ambiente das respectivas salas de vacinas. **Resultados e Discussão:** A literatura indica que, "no Brasil, desde o início do século XIX, as vacinas são utilizadas como medida de controle de doenças, [mas] somente a partir do ano de 1973 é que se formulou o Programa Nacional de Imunizações (PNI), regulamentado pela Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e pelo Decreto nº 78.321, de 12 de agosto de 1976, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE)" (BRASIL, 2014, p. 13). A redução da mortalidade infantil pode estar relacionada à criação do PNI por parte do Ministério da Saúde, além de ações centradas no incentivo à vacinação, a exemplo das campanhas e busca dos pais ou responsáveis para a vacinação de rotina (OLIVEIRA et al., 2010). De acordo com Brasil (2014, p. 15), nas UBS, "os calendários e os esquemas vacinais para cada grupo-alvo devem estar disponíveis para consulta e afixados em local visível", o que justifica a construção e alocação de banners atualizados em ambas as UBS por meio de uma matriz de intervenção. A sala de vacinas da UBS é um espaço sob responsabilidade do enfermeiro e, portanto, este profissional deve orientar e prestar assistência em condições seguras, com responsabilidade e respeito; planejar e prover materiais, equipamentos e imunobiológicos, mantendo-os em condições ideais de funcionamento ou conservação; acompanhar as doses administradas considerando a meta pré-estabelecida; investigar os eventos adversos ocorridos; fazer busca ativa daqueles que não compareceram ao serviço para a vacinação; divulgar as vacinas disponíveis; capacitar a equipe; avaliar e acompanhar as coberturas vacinais; e buscar a atualização do conhecimento técnico-científico continuamente (BRASIL, 1993 *apud* SOUSA et al., 2013). Conforme afirma Oliveira et al. (2009, p. 209) "os imunobiológicos são produtos termo lábeis que necessitam de refrigeração para manter sua capacidade imunizante" e, por isso, a manutenção da Rede de Frio é fundamental para proteger o efeito esperado das vacinas (OLIVEIRA et al., 2009). Nas UBS, a continuidade desta Rede, "ou seja, a manutenção da qualidade dos imunobiológicos no que diz respeito à conservação e à administração deles, é atividade exclusiva da equipe de enfermagem" (OLIVEIRA et al., 2009, p. 213). Diante disso, a fim de contribuir com este processo de armazenamento e conservação dos imunobiológicos nos refrigeradores, desenvolveu-se uma matriz de intervenção com este foco nas salas de vacinas de duas UBS. Na UBS A, observou-se a aceitação imediata das ações contidas na matriz pelos profissionais de enfermagem da sala de vacina, desde o momento de sua proposição. Ocorreu então a reorganização da sala para a acomodação do banner, sendo que os profissionais elogiaram a organização e a disposição das informações no mesmo. Segundo relatos, os usuários do serviço de saúde também atentaram para as informações contidas no banner. No que tange ao

refrigerador, reorganizou-se de acordo com o preconizado pela Rede de Frios, e as alterações foram bem aceitas pela equipe, que manteve a disposição recomendada para os imunobiológicos. Na UBS B a intervenção por meio da fixação do banner referente ao Calendário Vacinal 2018 também foi bem aceita pela equipe de enfermagem participante. Identificou-se que os profissionais ficaram satisfeitos com a atualização do calendário vacinal e, ainda, consideraram apropriadas as cores utilizadas na sua confecção, pois trouxe clareza e amplitude à sala, além de conter informações pertinentes para orientação aos usuários. Em relação ao refrigerador, a fixação do adesivo de disposição dos imunobiológicos foi aceita, porém não houve abertura ou manifestação de interesse para alterar a organização das vacinas dentro do refrigerador. Neste caso, orientou-se e a decisão pela mudança ficou a critério da equipe. **Conclusão:** Com o desenvolvimento da matriz de intervenção, reconheceu-se o quão desafiante é organizar a sala de vacinas e capacitar a equipe de enfermagem para prestação de uma assistência integral, conforme as orientações do Ministério da Saúde. A sala de vacinas é um local de muita responsabilidade dentro de uma UBS e, por isso, deve apresentar-se bem organizada e dispor de orientações atualizadas. Durante a construção da matriz foram identificados alguns aspectos que poderiam ser melhorados para qualificar a prestação do atendimento, que, por vezes, passam despercebidos durante a prática diária. Assim, a busca constante por conhecimento, por parte dos profissionais que atuam em sala de vacinas, é essencial para garantir qualidade assistencial e assegurar às práticas menores possibilidades de erro. O enfermeiro deve demonstrar comportamento ético, educador e motivador, e estar sempre atento à gestão dos recursos e das pessoas da sala de vacinas, utilizando-se da educação permanente para atualizar os conhecimentos da equipe, aprimorar o desempenho técnico e trabalhar com ênfase na organização da sala.

Palavras-chave: Vacinas. Enfermeiro. Enfermagem. Unidade Básica de Saúde.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de normas e procedimentos para vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017.
- NASCIMENTO, S.N.S. et al. Campanha de vacinação: relato de experiência dos participantes do programa de educação pelo trabalho em saúde (pet-saúde) da UFC. In: 17º SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 2013, Natal. **Anais...** Natal, RN: SENPE, 2013.
- OLIVEIRA, V.C. et al. A conservação de vacinas em unidades básicas de saúde de um município da região centro-oeste de Minas Gerais. **Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 202-8, abr./jun., 2009.
- OLIVEIRA, V.G. et al. Vacinação: o fazer da enfermagem e o saber das mães e/ou cuidadores. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, Número Especial, p. 133-41, 2010.

RAMOS C.F. et al. Cumprimento do calendário de vacinação de crianças em uma unidade de saúde da família. **Rev Pan-Amaz Saúde**. Ananindeua, v.1, n.2, p. 9-14, 2010. SOUSA, S.L.P. et al. O enfermeiro na sala de vacinação: uma análise reflexiva da prática. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 4, n. 2, p. 95-102, 2013.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Área temática: Saúde humana

Linha de pesquisa: Desenvolvimento humano, saúde e educação

DANIELA MORAIS DE CESARO¹; ALINA VIEIRA¹; ODAIR TRINDADE¹;
FRANCIELE MARQUES².

Introdução: Desde os tempos mais remotos, mulheres de todas as raças e classes sociais vivenciam quotidianamente práticas de violência doméstica. Acreditava-se, em um dado período, que a felicidade de uma mulher estava intrínsecamente relacionada ao seu matrimônio e que, portanto, a mesma deveria submeter-se às vontades de seu esposo, sendo obediente às suas normas e imposições e, sendo, por vezes, oprimidas em seu próprio lar e obrigadas a conviverem em um ambiente hostil de muita brutalidade e submissão. Nestes termos, o presente ensaio aborda a violência contra a mulher e o papel da Enfermagem na prestação de assistência universal, respeitando-se crenças, mas tratando os pacientes de forma humana e respeitando sua singularidade. **Objetivo:** demonstrar o papel do enfermeiro diante de situações de violência contra mulher. **Metodologia:** Resumo trabalhado sobre um artigo, entregue a disciplina de Realidade Brasileira, no 5º semestre. **Resultados e Discussão:** Durante muito tempo, as mulheres de todas as raças, etnias, credo e classes sociais foram vítimas de violência, pois nas décadas passadas, acreditava-se que a felicidade de uma mulher estava correlacionada com o seu matrimônio e, portanto, estas acabavam sendo submetidas a doar-se totalmente e aceitar inteiramente qualquer regra imposta pelo marido, o que acabava por deixar à mulher ainda mais frágil e suscetível a submissão. A violência contra a mulher não escolhe um público alvo em específico, sendo que, o fato de ser mulher já a deixa vulnerável a sofrer qualquer tipo de violência, seja ela física, moral, sexual ou patrimonial. Esse tipo de violência é caracterizada como violência de gênero, que caracteriza o sexo feminino, como submissos ao poder do homem, considerado, assim, um problema de política pública e violação dos direitos humanos. A violência contra a mulher é caracterizada como qualquer conduta que venha, a humilhar, denegrir a imagem da vítima, violar sua integridade física. O cuidado de enfermagem voltado para as vítimas de violências domésticas deve ser planejado, afim de que a mulher fique protegida, recebendo um atendimento integral, acolhedor e satisfatório, para que sinta-se à vontade. E, para que o atendimento seja eficaz, o enfermeiro que o planejar deve estar munido de instrumentos básicos voltados à saúde pública. O enfermeiro deve estar capacitado afim de que saiba lidar de forma mais responsável possível, apesar das dificuldades encontradas pelo profissional da saúde, durante a abordagem das vítimas. (MARTINS, 2017). Os profissionais de saúde envolvidos no atendimento à mulheres vítimas de violência devem estar capacitados para o atendimento e reconhecimento dos casos, para construir práticas reflexivas sobre as questões de gênero, auxiliando na construção da autonomia, visando a prevenção de novos casos.

¹Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

²Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

(BERNZ et al., 2012). A violência contra a mulher destrói a autoestima, diminui a autonomia e prejudica a qualidade de vida e, portanto, com a homologação da Lei 11.340/06 conhecida como Maria da Penha, passou a ser tipificada como crime. Com a incidência da violência contra mulher, surgem consequências que podem vir tardiamente ao fato ocorrido, e essas consequências caracterizam-se por alguns danos psicológicos, como síndrome do estresse pós traumático, risco de suicídio, e também ao uso abusivo de álcool. Outro dano que pode ser observado também, é a fragilidade da mulher em relação ao seu convívio na sociedade, que pode vir a desencadear sinais psicossomáticos, que acabam tornando a mulher vulnerável a julgamentos pela sociedade, e até mesmo por algumas equipes de saúde despreparadas, caracterizando a vítima em muitas situações como hipocondríacas. (NETTO et al., 2014). A questão cultural intimamente ligada aos casos de violência acaba cegando a sociedade e formando algumas lacunas, as quais dificultam o olhar ampliado para essas incidências de violência, o que contribui muito para uma intervenção eficaz, pois suas culturas impossibilitam observar com outro olhar, que esse tipo de problema, clama por intervenções. Os serviços de saúde devem estar preparados para reconhecer e acolher as vítimas de forma integral, livre de julgamentos, oferecendo um tratamento resolutivo e de qualidade. O enfermeiro, por possuir contato direto com a comunidade, geralmente é o primeiro a observar e identificar casos de violência doméstica. O profissional de saúde deve, nesse sentido, preconizar um atendimento embasado cientificamente e, como competência do enfermeiro, deve buscar sempre um acolhimento humanizado, com a identificação do tipo de violência, notificação, encaminhamento para serviços especializados e promoção de ações e prevenções de agravos. (BAPTISTA et al., 2015). Mulheres que vem sofrendo esse tipo de violência durante seu atendimento, não anseiam apenas pela questão burocrática dos protocolos, mas sim, pelo seu tratamento, para que este seja digno e respeitoso, pois não só sua integridade física, como o seu ego pode ter sido afetado diante de tamanha brutalidade. Para que o atendimento seja de qualidade, é necessário que o profissional de enfermagem crie vínculos com a vítima, afim de que possa passar tranquilidade, fazendo com que a mulher volte para os próximos atendimentos. O enfermeiro que for receber essa vítima deve ser um profissional com ética e que esteja disposto a ouvir com respeito e interesse as queixas, promovendo um amparo emocional no primeiro atendimento. (REIS et al., 2010). Visto que, a violência contra mulher é um problema de saúde pública, o enfermeiro é o responsável por notificar as denúncias, afim de que possa evitar novos casos e agravos. Para que haja um atendimento equânime para essas vítimas, profissionais da saúde devem estar munidos de embasamento teórico científico capaz de prestar assistência adequada para um momento tão frágil quanto esse, na vida da mulher. É necessário que, além do conhecimento científico que o profissional venha a ter em relação a esses casos, o mesmo deve estar despidido de pré julgamentos, pois sua função naquele determinado momento é escutar e saber agir, auxiliando e empoderando as vítimas novamente na sociedade, para que possam reassumir seu lugar diante da comunidade onde vivem. **Conclusão:** É de extrema importância que o enfermeiro que detectar violência doméstica nas vítimas que chegam até sua unidade básica, ou até mesmo ao hospital, tenha cautela no procedimento, para que a mulher vítima de violência doméstica não sinta-se ainda mais oprimida e humilhada diante do atendimento e diante da sociedade. Por fim, se em qualquer momento dentro

de uma rede de atenção básica, rede hospitalar ou qualquer outro órgão de saúde vir a descobrir novos casos de violência doméstica, seja ela física, moral, psíquica ou patrimonial, a participação do enfermeiro é imprescindível, pois é através dele que as providências poderão ser tomadas, com o intuito de proteger a integridade da mulher.

Palavras-chave: Violência doméstica. Cuidados de Enfermagem. Direitos Humanos

Referências

- BAPTISTA et al. **Violência sexual contra mulheres:** a pratica de enfermeiros. Campina Grande, PB, 2015.
- BERNZ et al. **Desafios da violência doméstica para profissionais da saúde:** Revisão de literatura. Saúde e Transformação Social. Florianópolis, 2012.
- NETO, A. L.; MOURA, V. M. A; QUEIROZ, A. A. B; BRAVO, P. M. M. **Violência Contra mulheres e suas consequências.** Rio de Janeiro, 2014.
- MARTINS, V. C. M. **A sistematização de enfermagem no atendimento a mulher vítima de violência.** UNIT, 2017.

RELAÇÃO MÉDICO-ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE- UMA DISCUSSÃO ACADÊMICA

Área Temática: Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

ISADORA TERRES¹; FRANCIELE DARTORA²; SAMUEL SLAVI ROMERO³

Introdução: O estabelecimento de uma relação de trabalho e de poderio entre os profissionais médicos e enfermeiros, ao longo do tempo, tem origem na associação de inúmeros fatores, destacando-se desde a base constitutiva das equipes multiprofissionais até as questões salariais. Esta base diz respeito às duas principais categorias profissionais responsáveis pelo cuidado dos pacientes/usuários/famílias e repercute na assistência profissional, fato que merece alteração e buscas acadêmicas (SANTOS, et al., 2015). Diante deste cenário, o presente trabalho busca construir uma reflexão acerca das interações profissionais da díade médico-enfermeiro por meio de uma revisão narrativa. Discutir, descrever e informar a importância de uma boa relação profissional entre os agentes promotores e provedores de saúde é de grande importância para que o paciente disponha de um tratamento interdisciplinar e que busque, fundamentalmente, o amplo zelo por seu bem-estar. Assim, justifica-se apresentar noções da temática e ampliar as informações acerca da mesma. **Metodologia:** O presente trabalho caracteriza-se por uma revisão narrativa de literatura. As buscas foram realizadas em bases de dados (PUBMED; BVS (Biblioteca Virtual da Saúde); Portal da CAPES) envolvendo refletir sobre o tema das relações profissionais entre enfermeiros e médicos na atenção básica. Foram pesquisados artigos escritos em língua portuguesa, entre os anos de 2010 a 2018 e por meio dos descritores, palavras ou termos e/ou mesh: "interação profissional"; "relação médico/enfermeiro"; "interação médico/enfermeiro"; "médico/enfermeiro". Os artigos, por conseguinte, foram lidos pelos títulos e resumos e selecionados mediante a relevância do tema e formato de apresentação dos argumentos temáticos. As discussões apresentadas no presente resumo caracterizam-se por uma compilação construída pelos autores a fim de contribuir com o foco do estudo. **Resultados e Discussão:** A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge em 1994, ainda com a denominação de PSF, com o intuito de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de 2006, denominada de ESF tem seus objetivos expandidos e absorve como estratégia, também, a promoção do atendimento integral no contexto da atenção básica à saúde no país. É compreendida como uma estratégia de qualificação e solidificação da atenção básica por estabelecer uma melhor consolidação dos processos de trabalho visando seus princípios de universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade. (SILVA, 2011) São profissionais integrantes das ESF: médico, técnico de enfermagem, enfermeiro e agentes comunitários de saúde; ainda, podem ser acrescentados a essa composição os profissionais da Saúde Bucal como

¹Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim.

²Acadêmica do Curso de Medicina da URI – Câmpus de Erechim

³Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim.

cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal. A máxima desta interação expõe a relação dos elementos foco deste estudo, constituindo-se em estratégia de pesquisa. No contexto apresentado destaca-se a relação entre o médico e o enfermeiro. Essa relação é determinante na qualidade do atendimento na área de saúde, onde a comunicação, colaboração e a receptividade (respeito, interesse e confiança) entre esses profissionais são essenciais para uma assistência equitativa e responsável. Profissionais de saúde, principalmente os profissionais da enfermagem e da medicina, ao exercerem suas atividades laborais de forma engajada podem promover o cooperativismo entrevidendo benefícios para o usuário e, também, para as coletividades. Ao se consolidar em uma melhor afinidade esta relação pode conduzir à melhoria dos índices de satisfação do paciente a respeito dos serviços de saúde, além de aumentar a auto eficácia com a abordagem medicamentosa e conduta prescritora, aliada ao maior êxito na adesão dos tratamentos mediante orientações e conduções terapêuticas (PIMENTEL, 2017). A interação entre os profissionais das diversas áreas da saúde surge como forma de colaboração interprofissional, a qual é de grande importância para promover uma atenção à saúde mais abrangente. Além disso, a colaboração interprofissional também envolve a busca pelo cuidado integral e aprimoramento de práticas e de relacionamentos pessoais mútuos e recíprocos entre os integrantes das equipes, indo ao contrário às relações tradicionais hierarquizadas, já muito enraizadas nos sistemas de saúde vigentes. Trata-se de um constante processo de comunicação e tomada de decisões entre, de fato, equipes, visando que os conhecimentos e habilidades de diferentes profissionais sejam expostos de forma clara e objetiva, proporcionando a melhoria de interação não só entre os profissionais, mas também para com os usuários e a comunidade. (MATUDA et al., 2015). Nesta construção histórica, são recorrentes os conflitos na relação entre médicos e enfermeiros. Podem-se atribuir estas turbulências a condicionantes vão desde a constituição da equipe profissional até questões salariais, culturais e relação de poder. A disputa pelo espaço profissional e pelo poder, tem gerado constante conflito entre os profissionais, tanto nas situações de assistência quanto em situações rotineiras do trabalho. Esta situação culmina em uma menor qualidade do cuidado direcionado ao paciente, limitando projetos terapêuticos singulares, assim como a clínica ampliada prevista na reorientação dos modos de se fazer saúde na atualidade (SANTOS et al., 2015). Desse modo, melhorar a relação entre médicos e enfermeiros na saúde pública é, por conseguinte, melhorar práticas da Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo o fortalecimento das relações, inclusive, entre os profissionais das Estratégias Saúde da Família. Para que o princípio da Integralidade, que discorre sobre as condutas que proporcionem ao usuário todos os tipos de serviço de atenção à saúde, seja de fato assegurado à população. É essencial que as equipes de trabalho estejam em sintonia, engajadas entre si, superando todo e qualquer entrave profissional, para que o paciente se torne a preocupação primeira nas condutas sobre sua saúde (BATISTA et al., 2016). Contudo, toda e qualquer discussão que encontre a equipe como tema central merece destaque nas construções acadêmicas e profissionais, perfazendo, também, o caminho para a relação entre médicos e enfermeiros na contemporaneidade. **Conclusão:** Portanto, a partir da construção desta revisão narrativa observa-se que uma relação harmoniosa entre profissionais integrantes da equipe profissional da saúde é de grande importância. Ainda, por meio das leituras, existe a necessidade de se construírem maiores diálogos entre médicos

e enfermeiros, uma vez que, a aproximação da relação pode proporcionar melhores indicadores na construção de saúde das comunidades. Igualmente, a interação entre estes profissionais vai interferir diretamente no prognóstico e terapêuticas associadas ao paciente/usuário/família/comunidades. Uma vez unidos em promover um cuidado mais equitativo, pacientes, equipes e a atenção básica tende a crescer e trabalho se constituir em bases de integralidade, universalidade e transversalidade do cuidado à saúde.

Referências

- BATISTA, V. C. L., et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde segundo os profissionais de Saúde da Família. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**. Sobral, v. 15, n.02, p.87-93, 2016.
- MATUDA, C. G., et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 20, n. 08, p. 2511-2521, 2015.
- PIMENTEL, D. Relações e Conflitos Éticos na prática de Médicos e Enfermeiros. **Conselho Federal de Medicina**. Brasil, p. 47-53, 2017.
- SANTOS, P. S., et al. Relação entre médicos e enfermeiros do Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes: a perspectiva do enfermeiro. **Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**. Mato Grosso, v. 4, p. 10-28, 2015.
- SILVA, M. C. L. S. R.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.45, n.05, p.1250-1255, 2011.

CÂNCER GINECOLÓGICO E AS REPERCUSSÕES NO COTIDIANO DAS MULHERES

Área Temática: Saúde Humana

Linha de pesquisa: Desenvolvimento Humano, Saúde e Educação.

JÚLIA GERMINIANI¹; VERÔNICA BRUSTOLIN BINI¹; FRANCINE CRISTIANE TORMEN¹; ANAEL FANTINI¹; LUANA FERRÃO².

Introdução: O câncer abrange um grupo de diversas doenças ocasionadas pelo crescimento irregular de células que afetam os tecidos e órgãos do corpo humano. Em se tratando do câncer ginecológico, este acomete muitas mulheres anualmente e compreende cinco tipos: câncer do colo do útero, câncer de ovário, câncer vaginal, câncer de vulva e câncer de endométrio. Dentre os tumores genitais femininos mais prevalentes estão o câncer do colo do útero e o câncer de ovário. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), até 2030, as estimativas de câncer terão um aumento significativo, sendo 27 milhões de casos novos e 17 milhões de óbitos anualmente, principalmente em países que apresentam média e baixa renda. Após diagnosticado o câncer ginecológico, o médico deverá planejar o tratamento mais eficaz para aquele tipo, sempre levando em consideração o estágio do tumor, a sua localização, bem como o estado de saúde que a paciente apresenta. Os principais tratamentos envolvidos são a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia, uma vez que poderão ser realizadas de forma isolada ou combinada. O enfermeiro tem papel fundamental no cuidado destas pacientes e nas suas diversas modalidades terapêuticas. O câncer é uma doença que atinge indivíduos de diferentes faixas etária, gênero e classe social, e independente disso, principalmente na fase do diagnóstico, alguns sentimentos são despertados como o medo de morrer, a angústia, a raiva, a tristeza, entre outros. Estes podem se prolongar durante o tratamento a partir da experiência dos efeitos colaterais, intensificando as alterações psíquicas, físicas e sociais e assim levando à dificuldades na aceitação deste processo de saúde-doença¹. Diante de uma doença com tamanha magnitude e de dimensão cada vez maior, é de suma importância repensar as ações de educação em saúde envolvendo o público feminino. Estas estratégias devem atender tanto as demandas das mulheres que buscam a prevenção, como também para as que já se encontram em tratamento para o câncer, com vistas ao seu envolvimento para o autocuidado. **Objetivo:** Apresentar os resultados parciais da pesquisa sobre as repercussões do câncer ginecológico no cotidiano de mulheres em tratamento oncológico. **Metodologia:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa desenvolvido com mulheres em tratamento para o câncer ginecológico numa Unidade de Alta Complexidade (UNACON) de um hospital público de direito privado na região Norte do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada nos meses de agosto e setembro de 2018. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Erechim - RS, com o parecer Nº 2.748.765. A técnica de análise empregada no estudo

¹Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

²Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

para o tratamento dos dados foi a análise temática, apresentada por Minayo.

Resultados e Discussão: Participaram do estudo 09 mulheres com diagnóstico de câncer ginecológico, com faixa etária entre 31 a 74 anos. Entre elas, 03 com diagnóstico de câncer de ovário e 06 com câncer de colo uterino. Quanto a escolaridade, 05 possuíam 1º grau incompleto e 04 delas tinham 1º grau completo. Em se tratando ao tipo de tratamento, 04 participantes realizavam apenas quimioterapia e 05 recebiam quimioterapia e radioterapia concomitante. A partir das entrevistas, evidenciou-se que as participantes procuraram atendimento por apresentarem sinais e sintomas como sangramento e dor intensa na região abdominal, sendo confirmado o diagnóstico com a realização do exame preventivo. Observou-se que houve uma espera para a busca do possível diagnóstico, visto que não imaginavam a possibilidade de um câncer. E, ao receber a notícia, relataram ter sido o pior momento de suas vidas, algo que as deixou "sem chão", tristes, desanimadas, no entanto, todas foram amparadas pelos familiares, os quais foram fonte de motivação no percurso do tratamento. Diante do tratamento, referiram efeitos colaterais como a fraqueza, o mal-estar, as náuseas, a diarreia, a inapetência e consequentemente, o emagrecimento. Para todas houve mudanças em seu cotidiano, principalmente nas atividades diárias do domicílio, as quais não é mais possível a realização. Vale ressaltar, que as reações dependerão do estado geral da paciente e do tipo de tratamento, visto que os efeitos poderão ser intensificados quando utilizados mais de uma modalidade. Diante disso, além do impacto do diagnóstico, as pacientes poderão vivenciar a decisão de uma terapêutica ideal e a partir disso os seus efeitos colaterais, os quais poderão repercutir no seu cotidiano. Juntamente com os seus familiares, estas mulheres passarão por algumas etapas até a aceitação deste processo de saúde-doença, refletindo no sucesso da adesão ao tratamento⁶. Apesar de todas as mudanças e repercussões, como o tratamento está sendo eficaz, existe a esperança e o propósito de que suas vidas irão voltar ao normal, permanecendo sempre com um pensamento positivo para o futuro e com metas a serem alcançadas. Sendo assim, as entrevistadas demonstraram confiança e o fortalecimento pela crença e fé, amparando-se a Deus e pedindo forças para enfrentarem este momento. Diante de uma fase tão delicada e impactante, a atenção deve estar voltada para o atendimento multiprofissional a estas pessoas, com vistas a uma assistência integral a partir dos diversos olhares. Sendo assim, o trabalho em equipe proporcionará um cuidado ampliado e humanizado, propiciando benefícios às pacientes e seus familiares⁹. Neste contexto, o enfermeiro tem papel fundamental na orientação destas mulheres quanto ao tratamento e seus possíveis efeitos colaterais, bem como na educação para o autocuidado, uma vez que o conhecimento favorece a adesão da terapêutica, bem como na redução de complicações.

Conclusão: Com este estudo, verificou-se que as mulheres em tratamento para o câncer ginecológico apresentam mudanças significativas, impactando sobremaneira o seu cotidiano. A vivência do diagnóstico e tratamento traz repercussões, as quais podem interferir na aceitação da terapêutica, entretanto, o apoio familiar e a fé em Deus são essenciais para o enfrentamento deste momento difícil em suas vidas. Se torna imprescindível a assistência e apoio do profissional enfermeiro, promovendo a escuta e a orientação destas mulheres, motivando-as para o autocuidado neste processo de adoecimento. Espera-se que os resultados da pesquisa possam colaborar de forma positiva na criação de ações precisas, com vistas a atender as expectativas das mulheres com

câncer ginecológico, bem como na prevenção de novos casos, proporcionando assim, um cuidado humanizado. Sugere-se novos estudos que ampliem o conhecimento nesta área, que atualmente está em constante crescimento, atingindo um grande número da população feminina.

Palavras-chave: Câncer Ginecológico. Tratamento. Estratégias de Enfrentamento. Assistência de Enfermagem.

Referências

- BATISTA, D. R. R.; MATTOS, M. de; SILVA, S. F. da. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 3, p. 499-510, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15709/pdf>> Acesso em: 22 mar. 2018.
- ELIAS, T. C. et al. Caracterização e capacidade funcional de mulheres com câncer ginecológico, câncer mamário e doença trofoblástica gestacional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 36, n. 4, p. 37-42, 2015. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/51717/35658>> Acesso em: 25 mar. 2018.
- AZMAN, S. Cânceres ginecológicos: como prevenir. 2017. Disponível em: <<https://www.vencerocancer.org.br/noticias-ovario/canceres-ginecologicos-como-prevenir/>> Acesso em: 29 maio. 2018.
- STAMM, B. et al. Intervenções de saúde com famílias que vivenciam o adoecimento por câncer: Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 11, p. 4139-4149, 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/Julia/Downloads/10153-20086-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Julia/Downloads/10153-20086-1-PB%20(1).pdf)> Acesso em: 21 mar. 2018.
- INSTITUTO ONCOGUIA. **Tratamentos do Câncer**. 2018. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tratamentos/77/50/>> Acesso em: 22 mar. 2018.
- ⁶TOMAZ, L. A; JUNIOR, E. F. V; CARVALHO, M. G. de. Enfrentamento e resiliência de pacientes com câncer submetidos a tratamento quimioterápico. **Revista Interdisciplinar**, Piauí, v. 8, n. 2, p. 195-201, 2015. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/574/pdf_230> Acesso em: 21 mar. 2018.
- SOUZA, G.; ALVES, P. S. Estratégias educativas para prevenção e redução da morbimortalidade do câncer do colo uterino. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 317-326, maio/ago. 2015.
- MINAYO, M. C. de S. (Coord). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015. 108 p.
- SCHIRMER, L. M.; MIRANDA, F. V.; DUARTE, Í. V. Mulheres tratadas de câncer de colo uterino: uma análise da questão conjugal. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 99-120, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v17n1/v17n1a07.pdf>> Acesso em: 28 abr. 2018.

O PACIENTE FRENTE AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Área Temática: Saúde Humana

Linha de pesquisa: Desenvolvimento Humano, Saúde e Educação.

VERÔNICA BRUSTOLIN BINI¹; JÚLIA GERMINIANI¹; FRANCINE CRISTIANE
TORMEN¹; CARLOS ALBERTO CECATO¹; LUANA FERRÃO².

Introdução: O câncer denomina um conjunto de mais de 100 doenças que têm como característica comum o crescimento desordenado de suas células e a capacidade de espalhar-se rapidamente entre os órgãos e tecidos do corpo humano, com progressão rápida, e por vezes, incoercível. O câncer de cabeça e pescoço constitui um grupo de neoplasias que atingem a mucosa, as partes moles, os ossos, as cartilagens, as glândulas salivares de estruturas como lábio, boca, faringe e laringe (CARVALHO, 2016). Os fatores de risco bem estabelecidos para esta neoplasia é o tabagismo e o etilismo respectivamente, os quais apresentam ligação ímpar com o carcinoma epidermóide das vias aerodigestivas superiores, correspondendo por 90% dos casos de câncer (VILAR, 2012). Os principais sinais e sintomas para este tipo de câncer incluem nódulos persistentes na bochecha ou pescoço, ferida na cavidade oral que não cicatriza e dor constante, alterações na língua, dor na garganta e dificuldade para engolir, rouquidão, halitose, entre outros; e que permanecem por mais de 2 semanas (HCB, 2018). Em sua maioria, é diagnosticado tardiamente, uma vez que a cada quatro diagnósticos, três são em estágio avançado. Para a comprovação da doença, alguns exames poderão ser realizados, tais como: exame físico com a inspeção fidedigna das superfícies da mucosa oral, a palpação minuciosa e sistemática da língua, do assoalho da boca, bem como do pescoço. Além disso, exames diagnósticos como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e a ultrassonografia, poderão detectar a extensão da doença, e por fim, a biópsia da lesão para que seja confirmada o tipo de patologia (INSTITUTO ONCOGUAIA, 2018). O tratamento diferencia-se em três modalidades, a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, utilizadas isoladamente ou concomitante (RODRIGUES, 2016). Embora este tipo de câncer apresente maior curabilidade entre os tumores em adultos, é também aquele que apresenta impacto significativo no cotidiano dos pacientes e de seus familiares. São alterações relacionadas tanto a funcionalidade e a estética, como também emocional, sendo considerada uma patologia de difícil manejo (VOKES, 2015). Perante um tratamento tão agressivo na vida dessas pessoas, se torna imprescindível uma comunicação efetiva entre o enfermeiro e os portadores de câncer e seus familiares. A escuta das necessidades e demandas do paciente auxilia na elaboração de um cuidado individualizado e conseqüentemente, facilita a sua adaptação no processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação (WIRTH, 2015). **Objetivo:** Apresentar os resultados parciais da pesquisa sobre as percepções de pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, descritivo, desenvolvido com pacientes com câncer de cabeça e

¹Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

²Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

pescoço em tratamento oncológico num centro de referência para o câncer de um hospital público de direito privado na região Norte do Rio Grande do Sul (RS). A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada nos meses de agosto e setembro de 2018. E, a técnica de análise empregada para o tratamento dos dados foi a análise temática proposta por Minayo¹⁰. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Erechim - RS, sob o parecer 2.777.030. **Resultados e Discussão:** Participaram do estudo 09 pacientes com diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, com faixa etária entre 39 a 81 anos de idade. Dos entrevistados, somente um era do sexo feminino, prevalecendo assim o sexo masculino. Quanto a escolaridade, 01 mencionou não ter frequentado o ensino formal, 06 com ensino fundamental incompleto, 01 com ensino fundamental completo e apenas 01 com ensino médio completo. Dos participantes, 05 foram diagnosticados com câncer de laringe, 02 base da língua e os demais, na região cervical e cavidade oral, todos em tratamento quimioterápico. No decorrer das entrevistas, notou-se que alguns sintomas precederam o diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço, tais como a dor na garganta e no ouvido e a alteração da voz, quadro clínico este, presente há mais de um ano, caracterizando assim um diagnóstico tardio. Quanto ao momento da notícia, os participantes relataram como algo difícil e assustador, suscitando sentimentos de aborrecimento e tristeza. Em contrapartida, alguns entrevistados após o impacto inicial, optaram por acreditar no tratamento e ter coragem e positividade para viver esta fase. O câncer de cabeça e pescoço traz um impacto muito grande na vida das pessoas acometidas, além disso, observa-se que em muitos casos o diagnóstico ocorre tardiamente devido ao próprio paciente negligenciar a sua condição e os sinais e sintomas apresentados. É uma etapa de difícil aceitação e que poderá acarretar anseios negativos, como medos e inseguranças sobre a morte, mesmo assim, tem-se que enfrentar e aceitar a mudança, principalmente na aparência (FILHO, 2013). No que tange o tratamento, este foi relatado a partir de mudanças nos hábitos de vida, ocasionados pela dor, pela dificuldade para se alimentar e de se comunicar. Sobre a vivência do diagnóstico e tratamento, para os participantes foi algo que tinha que acontecer, já para outros, foi mencionado como um resultado de atitudes pessoais tais como o tabagismo e etilismo. Com uma rede de apoio fortalecida da família e da religiosidade, todos os entrevistados mostraram esperança para a recuperação da saúde e para o retorno de suas atividades pessoais e profissionais. O enfermeiro também se torna essencial nesta etapa de superação frente às adversidades, realizando um planejamento de cuidado ampliado e diferenciado e, proporcionando momentos de reflexão e diálogo junto ao paciente. O estabelecimento de um vínculo de confiança, abre espaço para o esclarecimento de dúvidas e para a explanação da nova realidade, ressaltando expectativas, medos, angústias, entre outros apresentados pelo paciente (PETERSON, 2015). **Conclusão:** ao término do estudo, constatou-se que diante do diagnóstico e tratamento para o câncer de cabeça e pescoço, os participantes vivenciaram de formas distintas este processo de adoecimento. É um momento impactante e que traz mudanças significativas no cotidiano destas pessoas. No entanto, a aceitação e a esperança pela cura aliado ao apoio familiar e religioso, são estratégias positivas para o enfrentamento. O enfermeiro tem papel primordial no atendimento destes pacientes, uma vez que poderá facilitar a sua adaptação neste processo que envolve o diagnóstico e tratamento, a partir do

diálogo e do cuidado direcionado as suas necessidades. Sugere-se novos estudos que ampliem o conhecimento nesta área pouco explorada, a qual tem grande influência para uma assistência qualificada.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Câncer de Cabeça e Pescoço. Tratamento. Enfrentamento.

Referências

CARVALHO, G. B.; CARVALHO, A. Y.; KOWALSKI, L. P. Câncer de Cabeça e Pescoço. In: RODRIGUES, A. B.; MARTIN, L. G. R.; MOARES, M. W. de. (Org.). **Oncologia multiprofissional: patologias, assistência e gerenciamento**. Barueri: Manole, 2016. p. 34-52. VILAR, C. M. C.; MARTINS, I. M. Câncer de Cabeça e Pescoço. In: VIEIRA, S. C. et al. (Orgs.). **Oncologia Básica**. 1ª ed. Teresina: Fundação Quixote, 2012. p. 9-22. HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS (HCB). **Quais são os sinais e sintomas do câncer de boca e garganta?** 2018. Disponível em: <<https://www.hcancerbarretos.com.br/home-paciente/91-paciente/tipos-de-cancer/cancer-de-cabeca-e-pescoco/150-quais-sao-os-sinais-e-sintomas-do-cancer-de-boca-e-garganta>>. Acesso em: 01 jun. 2018. INSTITUTO ONCOGUIA. Tudo sobre Câncer de Cabeça e Pescoço. 2015. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/reportagem-tudo-sobre-o-cancer-de-cabeca-e-pescoco/5475/8/>>. Acesso em: 29 mar. 2018. RODRIGUES, A. B.; FIRMEZA, M. A. Câncer de Cabeça e Pescoço. In: RODRIGUES, A. B.; OLIVEIRA, P. P. (Orgs.). **Oncologia para Enfermagem**. Barueri: Manole, 2016. p. 173-194. VOKES, E. E. Cânceres de Cabeça e Pescoço. In: LONGO, D. L. (Org.). **Medicina Interna de Harrison**. Porto Alegre: AMGH, 2015. p. 356-359. WIRTH, L.J.; BUSSE, P.M.; DESCHLER, D. Câncer de Cabeça e Pescoço. In: CHABNER, B. A.; LONGO, D. L. (Org.). **Manual de oncologia de Harrison**. 2ª ed - Porto Alegre: AMGH, 2015. p. 914-934. FILHO, M. R. de M. et al. Quality of life of patients with head and neck cancer. **Braz J Otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 79, n. 1, p. 82-88, jan./fev. 2013. PETERSON, A. A.; CARVALHO, E. C. Comunicação Terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 692-697, jul./ago. 2011. MINAYO, M. C. de S. (Coord). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015. 108 p. FORMIGOSA, J. A. D. S.; COSTA, L. S; VASCONCELOS, E. V. Representações sociais de pacientes com câncer de cabeça e pescoço frente à alteração da imagem corporal. **Revista online de Pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 180-189, jan./mar. 2018. FELIPPU, A. W. D. et al. Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck câncer. **Braz J Otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 82, n. 2, p. 140-143, 2016.

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE COMO FERRAMENTA PARA
MELHORIA DOS CUIDADOS EM USUÁRIOS HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS – CONTEÚDOS E APROXIMAÇÕES NA EXPERIÊNCIA DE
ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**

Área temática: saúde humana

Linha de pesquisa: promoção, prevenção e reabilitação da saúde

**VERONICA BINI¹; NADINI FILIPIAK¹; DIOGO F. PIGATTO¹; SAMUEL SALVI
ROMERO²**

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) possuem altas taxas de prevalência e baixas taxas de controle, condição que pode, por conseguinte, caracterizar um índice elevado de internações hospitalares, uma piora na qualidade de vida e ao surgimento de doenças secundárias. Segundo dados do Sistema Único de Saúde o diabetes está entre as dez maiores causas de mortalidade no país (GROSSI, 2011). Para isso, a educação em saúde é considerada um importante instrumento de trabalho, principalmente quando utilizada para abordar temas relevantes como a hipertensão e o diabetes. No desenvolvimento da troca de conhecimento, o saber profissional e o senso comum unem-se a favor do bom senso, tem-se a formação de uma conscientização e a construção de indivíduos críticos e criadores. Essas atividades proporcionam vínculo com a comunidade na qual se trabalha e a quebra da relação vertical que comumente existe entre o profissional da saúde e o usuário (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011). Diante desse cenário, e sabendo da importância do controle dos níveis pressóricos e das taxas glicêmicas, optamos pela realização do grupo Hiperdia visto que, durante a nossa caminhada enquanto acadêmicos foi passível de identificação de que ações de educação em saúde no âmbito da Atenção Básica são ferramentas fundamentais e que possibilitam, sobretudo, uma melhoria nas condições de saúde dos usuários da comunidade, garantindo assim a promoção da saúde. **Objetivo:** relatar a experiência de acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem em atividades de educação em saúde desenvolvidas no grupo de Hipertensos e Diabéticos em uma Unidade Básica de Saúde. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, vivenciado por um grupo de acadêmicos do 10º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada URI-Campus de Erechim no decorrer do desenvolvimento das atividades de campo da disciplina de Estágio Supervisionado IIB transcorrido no período de 06 de agosto a 30 de novembro de 2018 em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) situada em um município localizado ao norte do Estado do Rio Grande do Sul. **Resultados e Discussão:** O planejamento da educação em saúde fez parte de uma série de ações construídas durante o estágio supervisionado em enfermagem, que acontece no decimo semestre da graduação. O grupo que optou pela intervenção educativa é composto por seis alunos, os quais possibilitaram a constituição de uma roda de educação em saúde que atendesse as necessidades da população em foco. Foram

¹Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

²Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

realizadas atividades de Educação em Saúde, no âmbito coletivo, no ginásio da comunidade da UBS. Estas ações desenvolvidas na comunidade visaram proporcionar informações, bem como, a elucidação de dúvidas sobre questões diversas relacionadas à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos. Inicialmente foram verificados os níveis pressóricos e glicêmicos das participantes, sendo registrado na carteira de acompanhamento para doenças crônicas e entregue novas carteiras a quem ainda não dispunha. Após, a atividade proposta pelo grupo contemplava uma carta de atividades para o desenvolvimento da tarde educativa e o tema explorado foi "Atividades Físicas e Alimentação saudável". O grupo encontrou-se inúmeras vezes para promover a construção adequada para o momento. Estes encontros aconteceram nas salas de aula da Universidade, assim como, durante as práticas supervisionadas permitindo compartilhamento de informações entre profissionais, usuários, docentes e equipes de saúde. O material pensado e organizado apresentou múltiplas facetas, estas próximas às características do grupo que fora assistido. Para a execução da ação optou-se pela apresentação de slides e um quiz educativo com dúvidas comuns dos usuários hipertensos e diabéticos com colaboração dos participantes. Na sequência, foi apresentada uma paródia sobre a hipertensão, onde os usuários foram convidados a cantar. Em seguida, uma colega do grupo coordenou um momento sobre atividade física e alongamento. Para finalizar foram entregues garrafas de água em alusão aos hábitos saudáveis discutidos durante o grupo, incentivando a ingesta hídrica. O grupo aconteceu no turno da tarde, no ginásio da comunidade, próximo da UBS, tendo como participantes um número de aproximadamente 08 usuárias de idades diversas. Na oportunidade foi adotada uma linguagem simples e de fácil entendimento para as usuárias participantes. Esta atividade, além de proporcionar a troca de experiências, contribuiu para a formação acadêmica. A ideia de se fazer educação em saúde com grupos da comunidade é um momento de interação tanto de profissionais como de acadêmicos com os usuários. É perceptível a satisfação destes, não só por receber informação, mas pela oportunidade em dividir experiências e rotinas com os outros participantes do grupo. Observou-se, através do interesse dos usuários em ouvir as falas, que as atividades educativas e de promoção da saúde durante o grupo Hiperdia foram eficazes, trazendo resultados positivos para as próprias usuárias, que adquiriram informações, bem como para os acadêmicos que se aproximaram da comunidade. Em relação ao tema abordado, acredita-se que houve uma conscientização das usuárias ouvintes acerca dos aspectos relacionados a fatores de risco, comportamentos errôneos, tratamento e a prevenção. Além de, paralelamente, deixar mais claro, aos demais profissionais da equipe, a importância de realizar frequentemente esse tipo de ação na UBS. **Conclusão:** Esta experiência possibilitou aos acadêmicos ampliar seus conhecimentos na área de saúde. Ainda, esta contribuiu para o crescimento profissional e o desenvolvimento de uma postura ética do profissional enfermeiro que preocupa-se com a saúde física e psicológica da comunidade através de políticas de saúde que melhorem a qualidade de vida das pessoas. Sendo assim, acredita-se que programas de educação para a saúde precisam ter espaço reservado na rotina de trabalho da equipe de profissionais da saúde atuantes em UBS. É importante a realização de grupo de hipertensos e diabéticos na UBS, pois, de forma geral, é um momento no qual a equipe de saúde pode atuar de forma humanizada e resolutiva a partir do vínculo criado com estes usuários, transformando-os ainda em

multiplicadores do conhecimento em saúde. Esta atividade deve ser praticada de forma rotineira pela Enfermagem, pois, contribui consideravelmente para a promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como o fortalecimento do vínculo e empoderamento do usuário em relação ao seu autocuidado. É de grande relevância ao acadêmico de Enfermagem desenvolver a capacidade de comunicação com o público, principalmente por meio da participação em atividades de educação em saúde. Torna possível adquirir uma visão diferenciada e perceber os usuários como pessoas, cidadãos que podem se transformar e contribuir para mudanças sociais e não somente como portadores de necessidades. Portanto essa prática precisa ser estimulada e adotada como um recurso teórico e prático, problematizador na formação deste importante profissional da área da saúde. Torna-se necessário destacar que para as ações desenvolvidas serem eficazes é necessário que haja comprometimento dos usuários e seus familiares, assim como, dos profissionais de saúde na garantia da continuidade da promoção da saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Enfermagem Comunitária. Hipertensão Arterial. Diabetes Mellitus.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- _____. Organização Pan-Americana de Saúde. **Hipertensão**. CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba-MG. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1547-1554, 2011.
- FERREIRA, S.R.G; et al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, 2009.
- GROSSI, S.A.A; PASCALI, P.M. de (Org). **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus**. São Paulo – SP: Ed. Guanabara koogan Ltda, 2011.
- V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Arq. Bras. Cardiol. vol.89 no.3. São Paulo, 2007.

A UTILIZAÇÃO DE CHECK LIST EM SALA CIRÚRGICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Área temática: Saúde humana

Linha de pesquisa: Desenvolvimento humano, saúde e educação

ELAINE PIRES DE SOUZA¹; SAMARA TATIANA ZENATTI¹; LARA VANDRESEN².

Introdução: Para a conclusão do curso de bacharel em enfermagem, os acadêmicos realizam o estágio curricular obrigatório. O referido estágio é interligado por diversas atividades que envolvem a assistência aos usuários, coordenação, planejamento e execução de atividades educativas com arcabouço da literatura. O processo de trabalho do enfermeiro em centro cirúrgico é complexo e envolve o atendimento aos usuários no período pré, trans e pós-operatório. **Objetivo:** relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem durante o estágio supervisionado em centro cirúrgico relacionado a construção e execução de uma atividade educativa. **Metodologia:** Trata-se de relato de experiência de planejamento e execução de uma atividade educativa, relacionada a aplicação de um *check list* em sala cirúrgica para a conferência prévia de materiais e equipamentos. A atividade contou com a participação de 14 profissionais que atuam no setor. O *check list* foi elaborado por meio de uma revisão do "Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas" da ANVISA (2015), adaptado a realidade e necessidades do setor. A execução da atividade educativa ocorreu por meio de rodas de conversa entre os profissionais da equipe e os acadêmicos. **Resultados e Discussão:** A atividade proporcionou aos acadêmicos a percepção da educação permanente elaborada no modelo de participação coletiva. Aos profissionais do serviço, propiciou a aproximação de conceitos teóricos à prática diária de organização das salas cirúrgicas. O envolvimento dos acadêmicos e profissionais com a atividade favoreceu o aprimoramento técnico-científico com relação ao conteúdo desenvolvido. **Conclusão:** Além de exercitar a dimensão educativa em um estágio gerencial, a atividade proporcionou ao acadêmico o aprofundamento nos princípios de segurança do paciente e boas práticas em centro cirúrgico, a partir da aplicação do *check list*.

Palavras-chave: Enfermagem. Educação em Enfermagem. Segurança do Paciente. Centro Cirúrgico.

Referências

ANVISA. Manual Cirurgias Seguras salvam Vidas. 2015. [Internet] disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/manual-cirurgias-seguras-salvam-vidas>> Acesso em: 26/09/2018.

¹Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da UDESC.

² Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UDESC.

SUORTE DE VIDA BÁSICO E AVANÇADO

Área temática: saúde humana

Linha de pesquisa: promoção, prevenção e reabilitação da saúde

MAIKEL MACHADO¹; GRACIELA BACH HAGERS¹; JÉSSICA DE FREITAS¹;
ANDRESSA BALESTRIN¹; IRANY ACHILES DENTI².

Introdução: O suporte básico e avançado de vida é definido como o conjunto de medidas, procedimentos técnicos que objetivam o suporte de vida à vítima. Este visa não agravar condições clínicas ou agravos à saúde já existentes assim como a manutenção da vida até a chegada ao hospital. Ensinar e aprender são desafios diários impostos aos docentes e aos acadêmicos por exigir o engajamento em experiências criativas que levem a compreensão do objeto a ser aprendido. Neste sentido, além da comunicação e da expressão a atividade proposta proporcionou experiências sensoriais além da linguagem, mostrando ações concretas e tangíveis.

Objetivo: Desenvolver habilidades para a prestação de socorro, no suporte básico e avançado de vida. Conhecer as condições reais e os equipamentos necessários para efetuar oferecer suporte à vida. **Metodologia:** Necessitou-se de sala de aula e uma ambulância UTI equipada com macas, ventilador mecânico, desfibrilador-cardioversor, medicamentos, equipamentos para de diversos tamanhos para imobilização de membros inferiores e superiores, colar cervical para imobilização de coluna cervical, prancha rígida (equipada com cinto aranha tamanho adulto, coxins e correias para imobilização de cervical). As atividades foram desenvolvidas em sala de aula e em ambiente externo. Estas ações são parte integrante da disciplina de Enfermagem em Primeiros Socorros, elaboradas por um grupo de alunos da turma supracitada com supervisão de professor. **Resultados:** Os acadêmicos referiram que a atividade foi produtiva, esclarecedora e de fundamental importância para as ações de prestação de socorro onde é necessário a utilização de materiais e equipamentos de ponta para oferecer suporte à vida. **Conclusão:** Em ambas as atividades foi notável o interesse dos acadêmicos em participar das situações criadas, vindo ao encontro das prerrogativas pedagógicas contemporâneas direcionadas para a inovação com a possibilidade da inclusão de todos os acadêmicos da turma na organização das ações. Por outro lado, também é perceptível o dispêndio de tempo e de várias instâncias envolvidas com o Atendimento Pré-Hospitalar no Município de Erechim sem as quais estas atividades não seriam levadas a termo.

Palavras-chave: Atendimento Pré-Hospitalar; SAMU; Suporte básico de vida.

Referências

American Heart Association. **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2015 para RCP e ACE**, Highlights 2015, p. 1-36, 2015.
FILHO, A. P. et al. **Parada Respiratória (PCR)**. Medicina, Ribeirão Preto, 36: 163 – 178, abr-dez. 2003.

¹Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

²Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências, Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

PHTLS Atendimento Pré-Hospitalar no Trauma. 8. Ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2017.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS SOBRE IMPORTÂNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA PARA A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA.

Área Temática: Saúde Humana

Linha de pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

CRISTIAN FELIPE FANTIN ZIN¹; DANIELY PILARES MIOLO¹; EDUARDA CAMILOTTI¹; LARISSA DE MORAES¹; SAMUEL SALVI ROMERO².

Introdução: A partir da promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona um novo modelo assistencial em saúde mental, o Brasil entrou para o grupo de países com uma legislação moderna e coerente com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS). (ALVES,2016). A reforma psiquiátrica é compreendida como um processo social amplo e complexo, que envolve uma mudança na assistência ao paciente com transtorno mental, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a sociedade. **Objetivo:** Apresentar uma análise acadêmica dos alunos do terceiro semestre do curso de graduação de Enfermagem, proporcionando uma reflexão da atual situação em Saúde Mental no Brasil. **Metodologia:** Com base de estudos em artigo científico e discussão da temática em sala de aula pela disciplina de Saúde Mental. Trata-se de um relato de experiência de acadêmicos, baseado nas informações compartilhadas entre discentes e docentes, com apoio de abordagens reflexivas de materiais bibliográficos. **Resultados e Discussão:** Observou-se dentro do processo de municipalização, em especial as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são contempladas somente em ações de prevenção e promoção da saúde. Em algumas cidades brasileiras as Unidades Básicas de Saúde são compostas por profissionais especializados que juntos formam um apoio matricial, para auxiliar e fornecer suporte adequado ao paciente. Os dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas apontam que o movimento de desospitalização dos portadores de transtornos mentais continua em curso. (ALMEIDA, 2016). Entre 2002 e 2012 houve uma queda no quantitativo de leitos psiquiátricos de 51.393 para 29.958 e uma redução do percentual de gastos com a rede hospitalar de 75,24% para 28,91%. Por outro lado, a quantidade de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) subiu de 424 para 1.981 e o percentual de gastos extra hospitalares aumentou de 24,76% para 71,09%. Dentre os desafios da Reforma há consenso sobre a necessidade da sociedade conviver de forma mais harmônica com os que estão em sofrimento mental e o reconhecimento das potencialidades dessas pessoas, que têm capacidade de trabalhar e de produzir. (ALMEIDA, 2016). **Conclusão:** Sabe-se que os problemas encontrados na atualidade estão intrinsicamente ligados com a realidade do país, com base nisto é importante investir nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde, cuidado com o indivíduo como um todo e descentralização dos recursos de saúde,

¹Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

²Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessita. Desta forma a reforma psiquiátrica precisa de apoio, para reabilitar os "loucos" para que eles possam ter os direitos de cidadãos e ter o direito de exercer a cidadania e não serem mais vistos como "defuntos sociais".

Palavras-chave: Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Investimentos. Apoio.

Referências

ALVES, Domingos Sávio N. **Reforma Psiquiátrica (2016)** Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/reforma.html> Acesso em: 12 de out. 2018. Arejano CB. **Reforma Psiquiátrica: uma análise das relações de poder nos serviços de atenção a saúde mental**. Pato Branco: Rotta; 2006. ALMEIDA, Cilmaria do Santos Silva: **REALIDADES IGNORADAS? Análise sobre o viver cotidiano com o paciente psiquiátrico usuário dos serviços de assistência em saúde mental do município de Conceição da Feira - BA**. Bahia: 2014.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: VIVÊNCIAS DOS ACADÊMICOS NO CUIDADO AO PACIENTE COM MORTE ENCEFÁLICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Área Temática: Saúde Humana.

Linhas de Pesquisa: Epidemiologia e Processo Saúde-Doença

ANA PAULA TONELLO¹; LADINÊS FRANCIELI TYBURSKI¹; JAQUELINE
KARPINSKI¹; MAYKDYELLI FLAVIANI SCHAWINSKI¹; NEIVA DE OLIVEIRA
PRESTES².

Introdução: Uma das maiores causas de morte no mundo são os acidentes de trânsito, principalmente entre jovens de 15-29 anos, muitos deles resultando em traumatismo cranioencefálico, principal causa de morte encefálica, que se caracteriza pela irreversível e completa interrupção das funções cerebrais (FREITAS, 2018). Diante deste contexto, o profissional enfermeiro possui papel fundamental na assistência prestada diretamente ao paciente, realizando todos os cuidados necessários para manutenção de suas funções vitais para potencial doação de órgãos, além de proporcionar acolhimento, suporte e orientação para a família que enfrenta a morte, por vezes repentina, de seu ente querido (CAVALCANTE, 2014).

Objetivo: descrever a experiência de acadêmicos de enfermagem no cuidado ao paciente com morte encefálica em Unidade de Terapia Intensiva. **Metodologia:** Trata-se de um relato experiência de acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem realizado ao paciente com morte encefálica, vítima de acidente automobilístico na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital do norte do Rio Grande do Sul. A vivência ocorreu durante a prática supervisionada da disciplina Enfermagem no Cuidado à Pacientes de Risco I, no mês de agosto de 2018. **Resultados e Discussão:** Pode-se observar a complexidade do cuidado ao indivíduo em morte encefálica, pois além de exigir um trabalho em equipe coeso e multiprofissional que abrange não apenas a necessidade de habilidades técnicas e científicas, mas também, a dimensão psicológica, pois o profissional está diante de um paciente que apresenta elementos relacionados tanto com a vida, quanto com a morte. Ainda, é perceptível o impacto que assistência à casos de morte encefálica gera nos profissionais e a necessidade de uma formação acadêmica que contemple os aspectos relacionados ao processo de morte, de modo a prepará-los e orientá-los para as prováveis experiências futuras.

Conclusão: Essa experiência foi enriquecedora para a formação acadêmica dos envolvidos, pois possibilitou a vivência e compreensão das questões relacionadas a complexidade da assistência a esses casos, promovendo a produção de conhecimento e reflexões sobre os aspectos técnicos, científicos, éticos e humanos envolvidos.

Palavras-chave: Morte Encefálica; Cuidados de Enfermagem; Capacitação Profissional.

¹Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

²Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

Referências

FREITAS, R. A. et al. Diagnóstico de Morte Encefálica em Vítimas de Acidentes: Análise do Processo. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermería**, n. 50, p.115-122, abr. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. Entendendo a Morte Encefálica. 2018. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=472&c=915&s=0&friendly=entendendo-a-morte-encefalica>. Acesso em: 10 out. 2018.

CAVALCANTE, L. P. et al. Cuidados de Enfermagem ao Paciente em Morte Encefálica e Potencial Doador de Órgãos. **Acta. Paulista de Enfermagem**, v.27, n. 6, p.567-572, 2014.

O ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Área Temática: Saúde Humana.

Linhas de Pesquisa: Desenvolvimento Humano, Saúde e Educação.

DANIELA LISBOA BERNARDI¹; FABIANE FÁTIMA KESSLER¹; DIANA PAULA
OLDRA¹; LUANA FERRÃO².

Introdução: O Centro Cirúrgico (CC) é constituído de um conjunto de áreas e instalações que permite efetuar a cirurgia nas melhores condições de segurança para o paciente e de conforto para a equipe que o assiste (SANTOS, 2018). O enfermeiro tem como responsabilidade o gerenciamento do ato anestésico-cirúrgico e o planejamento e a efetivação dos cuidados de enfermagem. É um profissional de extrema importância neste local atuando em todo o período Peri operatório, ou seja, desde a entrada do paciente no CC até a sua alta da Sala de Recuperação Pós-anestésica (SOBECC, 2017). **Objetivo:** relatar a experiência de acadêmicas do curso de enfermagem na prática supervisionada em CC. **Metodologia:** Relato de experiência de acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem, realizado no centro cirúrgico de um hospital no norte do Rio Grande do Sul, durante o período de prática supervisionada da disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto II A, nos meses de agosto e setembro de 2018. **Resultados e Discussão:** A dinâmica de trabalho no CC deve acontecer de forma multi e interdisciplinar. A integração entre os profissionais é indispensável, pois assim é possível enfrentar as exigências impostas pelo ambiente, garantindo a segurança e o bem-estar dos pacientes frente à complexidade dos procedimentos seja em caráter eletivo, de urgência ou emergência. O enfermeiro desempenha diversas atividades em um CC, entre suas principais atribuições, pode-se destacar a assistência ao paciente na abordagem pré-operatória. A partir da realização da anamnese e do exame físico, é possível fortalecer um vínculo de cuidado e assim identificar as necessidades a serem atendidas no trans-operatório e pós-operatório. As funções gerenciais envolvem a organização de todos os recursos materiais e humanos indispensáveis para o ato anestésico-cirúrgico e, consequentemente promovendo o atendimento seguro, individual e com redução de danos ao paciente. Ainda, é responsável por garantir a capacitação contínua da equipe e promover o desenvolvimento e evolução dos integrantes. **Conclusão:** Frente a essa vivência, é possível perceber a importância da presença do enfermeiro no setor de CC, este que atua como líder de equipe, gerenciador de problemas e pessoas e ainda, na promoção de um cuidado com excelência ao paciente cirúrgico. Atuar em um setor complexo e que exige maiores responsabilidades como o CC, fez em um primeiro momento, aflorar sentimentos de insegurança e ansiedade, os quais geraram uma maior exigência em relação aos estudos, postura e conhecimentos acadêmicos.

Palavras-chave: Centro Cirúrgico. Enfermeiro. Assistência.

¹Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim.

²Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim.

Referências

SANTOS, R. dos. A atuação do enfermeiro no centro cirúrgico. **GEP NEWS**, Maceio, v.2, n.2, p. 9-15, abr./jun. 2018.

SOBECC. **Práticas recomendadas da SOBECC**. 7.ed. São Paulo: SOBECC, 2017.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SÍNDROME DE BOERHAAVE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Área Temática: Saúde Humana

Linhas de Pesquisa: Epidemiologia e Processo Saúde-Doença

ANAEL FANTINI¹; STEFFANY DA SILVA VOCZ¹; LUANA ZIN¹; FRANCINE
CRISTIANE TORMEN¹; LUANA FERRÃO².

Introdução: A Síndrome de Boerhaave é uma doença rara, grave e com alto índice de mortalidade que varia de 20% a 75%¹. É caracterizada por ruptura espontânea da parede do esôfago após a ocorrência de vômitos persistentes, que por sua vez levam ao aumento da pressão esofágica interna. Os sintomas deste agravo envolve a tríade de Mackler, caracterizada por vômitos, dor retroesternal e enfisema subcutâneo cervical, seguido de hemorragia digestiva alta. Ainda, poderá ocorrer a contaminação do mediastino e da cavidade pleural, que resultará em mediastinite química e bacteriana e, em casos graves, levando a sepse e a morte (FILHO, 2009; MOTTA, 2007). Diante disso, o tratamento é cirúrgico e imediato. O pós-operatório é passível de complicações por falências orgânicas derivadas de quadro de sepse, o qual requer suporte intensivo, visto que a morbimortalidade pós-operatória também é alta (RAGNINI, 2018). O papel do profissional enfermeiro no conhecimento desta condição clínica e da assistência ao paciente no pós-operatório se faz imprescindível, mediante ações que promovam o cuidado humanizado, com excelência e que reduzam o risco de mortalidade destes pacientes. **Objetivo:** descrever a experiência de acadêmicas do curso de enfermagem na assistência ao paciente com Síndrome de Boerhaave em Clínica Cirúrgica. **Metodologia:** Relato de experiência de acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem, embasado na vivência realizada em Clínica Cirúrgica num hospital do norte do Rio Grande do Sul, durante a prática supervisionada da disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulto II A, no período de setembro e outubro de 2018. **Resultados e Discussão:** Pode-se visualizar que, o paciente no período pós-operatório vivencia sentimentos diversos diante da hospitalização. São mudanças significativas no cotidiano, as quais envolvem o âmbito pessoal e profissional. No que tange a recuperação por Síndrome de Boerhaave, este é um processo lento e de muito cuidado, visto que as complicações por vezes são inevitáveis e novas intervenções poderão ser necessárias. Portanto, o enfermeiro tem papel primordial na aplicação da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP), uma vez que poderá minimizar estes riscos, bem como reduzir as intercorrências a partir de um cuidado integral e individualizado. **Conclusão:** O enfermeiro tem grande responsabilidade na atenção ao paciente cirúrgico. Em se tratando da Síndrome de Boerhaave, que é uma doença grave e com complicações passíveis no pós-operatório, torna-se necessário um conhecimento técnico e científico amplo e, consequentemente, a promoção de uma assistência integral com redução de danos.

Palavras-chave: Enfermagem perioperatória. Assistência. Papel do Enfermeiro.

¹Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

²Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

Referências

- FILHO, T. V. A. et al. Síndrome de Boerhaave: um relato de caso e suas considerações diagnósticas e terapêuticas. **Rev Med Minas Gerais**, v.19, n.3. p. 75-78, 2009.
- MOTA, H. J; NETTO, M. X; MEDEIROS, A. C. Ruptura pós-emética do esôfago: a síndrome de Boerhaave. **J Bras Pneumol**, v. 33, n. 4. p. 480-483, 2007.
- RAGNINI, G. et al. **Ruptura espontânea do esôfago e a síndrome de boerhaave:** uma revisão acerca dos últimos 10 anos. Santa Catarina: Ed. Unoesc, 2018.

**EXPERIÊNCIA ACADÊMICA NO DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA
SOBRE ASMA INFANTIL: A COLETA DE DADOS**

Área Temática: Saúde Humana

Linhas de Pesquisa: Epidemiologia e Processo Saúde-Doença

**ANAEL FANTINI¹; LUIZA CAROLINA MORO¹; FRANCINE CRISTIANETORMEN¹;
JAQUELINE KARPINSKI¹; CIBELE SANDRI MANFREDINI².**

Introdução: O acadêmico ao participar de uma pesquisa, como bolsista, desenvolve diversas atividades, entre elas, a coleta de dados. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo relatar a experiência acadêmica, como bolsista, na coleta de dados de uma pesquisa sobre asma infantil. **Metodologia:** Caracteriza-se como um relato de experiência, desenvolvido no primeiro semestre de 2018, contendo informações originadas dos registros realizados, pela acadêmica em diário de campo, durante a execução da coleta de dados da pesquisa. **Resultados e Discussão:** A referida pesquisa, que está em andamento, tem como objetivo investigar a prevalência de asma infantil no município de Erechim, no Rio Grande do sul. É realizada com escolares da rede pública de ensino, na faixa etária de 07 a 17 anos. Para a coleta de dados, cada escolar recebe um envelope contendo o termo de autorização, que deve ser assinado pelo responsável legal e um termo de assentimento que deve ser assinado pelo participante, ambos em duas vias, uma que permanecerá com o responsável e outra que retorna para os pesquisadores e um questionário relacionado a sintomas de asma, a ser preenchido pelo responsável e devolvido. Para a entrega deste envelope as pesquisadoras entraram em contato com as direções das escolas e agendaram data e horário para a coleta. No momento da entrega, ocorreu à explicação do funcionamento da pesquisa e retorno dos documentos, este por sua vez, deveria acontecer tanto para aqueles que participariam da pesquisa, tendo todos os termos e questionário preenchido, quanto para os que não aceitassem participar, com os documentos em branco. A fase de coleta de dados ocorreu de março a julho de 2018. Foram distribuídos 3.030 questionários e retornaram 2.206, resultando em 72,8% de retorno e 27,2% (824) de perda. Do material devolvido, 1.226 não estavam preenchidos, o que resultou em 55,6% de alunos excluídos da pesquisa e 44,4% (980) validados para participar. **Conclusão:** Mediante esta experiência, identificou-se 68% de perda final do material, entre os não devolvidos, não preenchidos ou preenchidos de forma incorreta. Este dado é considerado significativo, podendo ser justificado pela dificuldade da criança e do adolescente compreender a importância da pesquisa, o que resulta na falta de interesse em solicitar a autorização dos responsáveis legais. Desta forma, entende-se que na pesquisa realizada com crianças e adolescentes deve-se considerar as diferentes formas de entendimento, motivação e interesse para que estes participem, sendo necessário criar estratégias de coleta de dados mais favoráveis a este público.

Palavras-chave: Estratégia de Pesquisa; Saúde Pediátrica; Asma; Pesquisa em enfermagem.

¹Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

²Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

O CUIDADO COM FRATURAS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Área Temática: Saúde Humana

Linhas de Pesquisa: Epidemiologia e Processo Saúde-Doença

ANDRESSA BALESTRIN¹; GRACIELA CRISTINA BACH HAGERS¹; JÉSSICA
AMANDA FREITAS¹; MAIKEL MACHADO¹; IRANY ACHILES DENTI².

Introdução: O Atendimento Pré Hospitalar (APH) visa prestar cuidado à vítima, evitar problemas maiores e aliviar o desconforto. São ações iniciais aplicadas às vítimas em situação de emergência, a cerca disso, nota-se a importância do conhecimento e estudo do tema, quando se trata de fraturas, entendida como a descontinuação de um osso. **Objetivo:** Apresentar técnicas relacionadas ao Atendimento Pré Hospitalar, bem como a imobilização de fraturas, prevenindo danos maiores com a saúde do paciente. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão de literatura referente ao Atendimento Pré Hospitalar e imobilização de fraturas, cujos dados foram coletados através da consulta a base de dados Scielo, Reben, BVS com os termos: APH, fraturas, imobilização. O procedimento incluso seguiu brevidade nas práticas de primeiros socorros e descrição das mesmas. **Resultados e Discussão:** As referências consultadas ofereceram uma base teórica simplificada de fácil compreensão e aplicabilidade em situações reais. Resumidamente este conjunto de informações recomenda cortar roupas e remover objetos que possam causar lesões adicionais em caso de inchaço (CARDOSO, 2018). Em casos de fratura exposta a recomendação é realizar um curativo oclusivo com gaze, ou pano limpo a fim de evitar uma possível hemorragia e diminuir o risco de infecções da área exposta. Já para identificar uma fratura fechada é preciso verificar os sintomas como dor ou sensibilidade, incapacidade de movimentação ou formigamento no local, inchaço, pele arroxeadada ou deformação do membro. O procedimento indicado nestas situações é imobilizar o membro incluindo as articulações acima e abaixo do membro (antes e depois da fratura) procurando movimentar o mínimo possível a área afetada, com talas ou objetos rígidos, acolchoadas, de forma que não provoquem mais dor e desconforto à vítima e amarradas de maneira firme. Adicionalmente não é não é recomendado movimentar a articulação ou membro lesionado; não tentar recolocar o osso no lugar e não alimentar, nem dar água ou medicamentos (BRASIL, 2016). **Conclusão:** Embora haja serviços especializados na prestação de primeiros socorros, é importante que a vítima sinta-se segura quanto ao serviço que está sendo fornecido, para tanto faz-se imprescindível o domínio de técnicas rápidas e eficazes por parte dos socorristas em relação ao atendimento e imobilização.

Palavras-chave: Fraturas. Atendimento Pré-Hospitalar. Imobilização.

Referências:

¹Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

²Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.

CARDOSO T. A. de O. Manual de primeiros socorros. Disponível em:<<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manualdeprimeirosocorros.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2018.

VIVÊNCIAS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Área Temática: Saúde Humana

Linhas de Pesquisa: Desenvolvimento Humano, Saúde e Educação

MARISETE BRANCO¹; SHEILA FASSINA¹; SARA CONCEIÇÃO CAMPANHOL
REMPEL¹; LUANA FERRÃO²; NEIVA DE OLIVEIRA PRESTES².

Introdução: A temática que envolve a captação de órgãos é atual e importante para o meio social e cultural dos seres humanos, nesse cenário o papel do enfermeiro é essencial em todas as dimensões do cuidado, sendo este, membro ativo da equipe de saúde. O transplante se caracteriza por ser uma conduta terapêutica de última escolha, em casos onde outros processos de recuperação e reabilitação da saúde não são eficazes, propiciando maior sobrevida às pessoas com indicação deste procedimento. O contexto multidimensional que envolve o processo de doação de órgãos demanda de habilidades e competências interdisciplinares, que se mesclam a favor da vida, assim, o enfermeiro desempenha atividades inerentes a esta abordagem que envolve comunicação efetiva, apoio informacional e suporte emocional, além do gerenciamento em todas as etapas da captação. **Objetivo:** descrever a experiência de acadêmicos de enfermagem na captação de órgãos. **Metodologia:** relato oriundo da participação de acadêmicas de enfermagem na captação de órgãos ocorrida em um Hospital localizado ao norte Rio Grande do Sul. A participação ocorreu durante o segundo semestre de 2018, e envolveu acadêmicas em distintas fases da graduação. **Resultados e Discussão:** As acadêmicas acompanharam a equipe da Central de Transplantes do Rio Grande do Sul, composta por médico e enfermeiro e a equipe multidisciplinar da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT) no procedimento cirúrgico de captação de órgãos. Durante o procedimento, a equipe repassou orientações a respeito da manutenção fisiológica dos órgãos, ressecção, conservação, armazenamento e logística até a chegada ao provável receptor. Observou-se que a assistência ao doador e a família transcorreu de forma humanizada, envolvendo empatia, afeto e sensibilidade. **Conclusão:** A participação acadêmica no que tange a doação de órgãos é de extrema importância, visto que o trabalho interdisciplinar é fundamental para o transcurso do processo de aceitação e luto de uma família que é assolada por uma morte, muitas vezes prematura. Essa vivência proporcionou aprendizado multidimensional, nos campos técnicos, sociais e humanos, uma vez que abarcou princípios éticos que permeiam a prática profissional do enfermeiro e a humanização no cuidado.

Palavras-chave: Doação de órgãos. Papel do Enfermeiro. Conhecimento.

¹Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

²Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

SUPORTE BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA EM CRIANÇAS

Área Temática: Saúde Humana

Linhas de Pesquisa: Desenvolvimento Humano, Saúde e Educação

**MARCO BOSCHETTI¹; MARIANA ESTORMOVSKI¹; MAIQUELI ALVES¹;
TÁBATHA BECHI SOUZA¹; IRANY ACHILES DENTI².**

Introdução: Suporte básico de vida em pediatria: O suporte básico de vida (SBV) diz respeito ao conhecimento e às habilidades necessárias para a realização de uma RCP de alta qualidade no cenário extra-hospitalar, o SBV inicia-se com o reconhecimento da emergência. Ao se deparar com vítima não responsiva, deve-se solicitar ajuda, acionando uma pessoa presente ou utilizando, se sozinho, um telefone móvel para comunicação com o serviço de emergência local. Se o paciente não respira ou tem respiração agônica e não apresenta pulso palpável em até 10 segundos, deve ser atendido de acordo com a sequência compressão/abertura de vias aéreas segundo orientações da AHA, 2015. Quando mais de dois reanimadores estiverem presentes, um socorrista deverá ativar o sistema de emergência e sair para providenciar um desfibrilador automático externo (DAE), se disponível; e outro socorrista estará se preparando para o início das compressões torácicas de acordo com a sequência CAB (HAZINSKI et al., 2015). É aconselhável que os socorristas imprimam compressões torácicas que comprimam, pelo menos, que comprimam pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax de pacientes pediátricos (bebês <1 e crianças até o início da puberdade). Isso equivale a cerca de 1,5 polegada em bebês e até 2 polegadas (5cm) em crianças. Uma vez que a criança atinja a puberdade, é recomendado as compressões de 2 polegadas (5cm) mas não superior a 2,4 polegadas (6 cm), além de compressões torácicas rápidas (pelo menos 100 por minuto) e ventilação em todos os pacientes com PCR, seja por causa cardíaca ou não cardíaca (AHA, 2015). O socorrista deve administrar uma ventilação a cada 6 segundos (10 respirações por minuto), enquanto são aplicadas compressões torácicas contínuas. Essa proporção é única e simples para adultos, crianças e bebês, por ser mais simples de aprender, memorizar e realizar (HUNT et al., 2014). Suporte avançado de vida em pediatria: A utilização de algum instrumento ou drogas durante as manobras de RCR implica didaticamente na realização de SAV. Nas unidades de atendimento móvel e no ambiente hospitalar a RCR ocorre com a utilização destes recursos. A monitorização cardiorrespiratória deve ser sempre realizada, pois poderá modificar o tratamento, como nos casos de Fibrilação ventricular e Taquicardia Ventricular Sem Pulso, quando a prioridade passa a ser a desfibrilação. É muito importante definir as funções dos integrantes da equipe de reanimação nestes locais para a realização dos procedimentos de maneira organizada e eficaz. Todo material de reanimação deve ser periodicamente checado; cartas, tabelas ou fitas que facilitem a escolha do material mais apropriado, das doses para cada idade, peso ou estatura devem estar disponíveis. Treinamento periódico de toda a equipe em situações de emergência melhora seu desempenho (RINGH et al., 2015). Durante a abertura das vias aéreas a

¹Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

²Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

aspiração de secreções, alimentos ou corpos estranhos pode ser necessária, para isto, um aspirador pronto e funcionando deve estar sempre à disposição no veículo ou na sala de reanimação para uso imediato. A ventilação durante a RCP pode ser adequadamente realizada com o AMBU, com até de 4 l.min⁻¹ de oxigênio, pois pressões elevadas podem provocar barotrauma. A Intubação oro traqueal é a maneira mais eficaz de ventilação na PCR; garantindo seu maior controle, produz menor distensão e menor risco de aspiração gástrica e facilita a aspiração de secreções das vias aéreas. Deve ser realizada de maneira organizada e calma, requerendo treinamento e experiência prévios, para um maior índice de sucesso, não devendo ultrapassar 20 segundos nos intervalos (COOK et al., 2013). É aconselhável que os socorristas forneçam compressões torácicas que comprimam, pelo menos um terço do diâmetro anteroposterior do tórax de pacientes pediátricos (bebês, com menos de 1 ano) e crianças até o início da puberdade) isso equivale a cerca de 1,5 polegada (4 cm) em bebês até 2 polegadas (5 cm) em crianças. Uma vez que as crianças tenham atingido a puberdade (isto é, adolescentes) utiliza-se a profundidade recomendada para as compressões em adultos de pelo menos, 2 polegadas (5 cm), mas não superior a 2,4 polegadas (6 cm). Se o pulso central estiver ausente ou sua frequência for menor que 60 por minuto com sinais de hipoperfusão deve-se iniciar as compressões torácicas (AHA, 2015). Cuidados Pós-Parada: Se, após PCR, o paciente evoluir com sinais de choque, realizar re-expansão volêmica (coloides ou cristaloides) e uma das drogas abaixo: Adrenalina, indicada nos casos de choque cardiogênico pós-parada, hipotensão, bradicardia sintomática e choque séptico. Dose de 0,05 a 1µg.kg.min.⁻¹, IV ou IO, em infusão contínua. Noradrenalina, para a hipotensão, especialmente a relacionada com vasodilatação, como na anafilaxia, choque neurogênico e séptico e nos bloqueios alfa-adrenérgicos (antidepressivos tricíclicos e neurolépticos). Dose de 0,1 a 2µg.kg.min.⁻¹ IV ou IO, em infusão contínua. Dopamina, usada nos casos de choque cardiogênico pós-parada, hipotensão, bradicardia sintomática e choque séptico. Dose de 5 a 20 µg.kg.min.⁻¹, IV ou IO em infusão contínua (MONSIEURS et al., 2004). Dobutamina é indicada no choque cardiogênico pós-parada, sem hipotensão. Dose de 5 - 20 µg.kg.min.⁻¹, IV ou intra óssea, em infusão contínua. Manter as vias aéreas permeáveis e garantir ventilação adequada, evitar hiperventilação. Manter a glicemia e os eletrólitos nos níveis normais e evitar hipertermia. A hipotermia induzida (32 a 34°C), por 12 a 24 horas, para pacientes que permanecem em coma após a RCR, pode ser benéfica. Transportar o paciente após estabilização, nas melhores condições possíveis, pois o prognóstico neurológico a longo prazo dependerá desta condição (AHA, 2015).

Palavras-chave: Crianças. Atendimento pré-hospitalar. suporte básico de vida.

Referências

- AMERICAN HEART ASSOCIATION. Atualização das Diretrizes de RCP. Guidelines, 2015. COOK DA et al. Comparative effectiveness of instructional design features in simulation-based education: systematic review and meta-analysis. Med Teach. V.35, nº 1, p. e867-e869, 2013.
- HAZINSKI MF et al. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. v. 132 (16), supl. 1, 2015.



URI

ERECIM

XIX ENCONTRO DE
ENFERMAGEM
DO ALTO URUGUAI

XV ENCONTRO DE
ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

**Segurança do Paciente em
Urgência e Emergência**

22 e 23 de outubro de 2018

ANAIS