



XVIII ENCONTRO DE  
**ENFERMAGEM**  
DO ALTO URUGUAI

XIV ENCONTRO DE  
ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

**Atenção Básica no  
Cuidado à Saúde**

24 e 25 de outubro de 2017





**XVIII ENCONTRO DE ENFERMAGEM DO ALTO URUGUAI  
XIV ENCONTRO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM  
“ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO À SAÚDE”**

**24 e 25 de outubro de 2017**

# **ANAIIS**



## UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES

### REITORIA

Reitor:

Luiz Mario Silveira Spinelli

Pró-Reitor de Ensino:

Arnaldo Nogaro

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

Giovani Palma Bastos

Pró-Reitor de Administração:

Nestor Henrique De Cesaro

### CÂMPUS DE ERECHIM

Diretor Geral:

Paulo Jose Sponchiado

Diretora Acadêmica:

Elisabete Maria Zanin

Diretor Administrativo:

Paulo Roberto Giollo

Realização:

URI – Câmpus de Erechim

Curso de Graduação em Enfermagem

Organização: Felipe Brock

Arte da Capa: Cássio J. Lucas

Revisão e Diagramação: Felipe Brock e Irany Achilles Denti

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

- 
- E56a Encontro de Enfermagem do Alto Uruguai (18. : 2017 : Erechim, RS)  
Anais [recurso eletrônico] : / XVIII Encontro de Enfermagem do Alto Uruguai;  
XIV Encontro de Acadêmicos de Enfermagem. – Erechim, RS, 2017.  
1 recurso online.  
ISBN 978-85-7892-137-8  
Modo de acesso: [http://www.uricer.edu.br/site/informacao.php?pagina=publicacoes&id\\_sec=125&cod=27](http://www.uricer.edu.br/site/informacao.php?pagina=publicacoes&id_sec=125&cod=27)  
“Atenção básica no cuidado à saúde” (acesso em: 10 out. 2017).  
Evento realizado na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Câmpus de Erechim.  
Com Anais / XIV Encontro de Acadêmicos de Enfermagem  
Com a coordenação de: Felipe Brock, Luana Ferrão e Angela Maria Brustolin.  
1. Saúde – atenção básica 2. Saúde - tecnologias 3. Construção do conhecimento - Enfermagem  
I. Título II. XVIII Encontro de Acadêmicos de Enfermagem  
C.D.U.: : 616-083(063)

---

Catálogo na fonte: bibliotecária Sandra Milbrath CRB 1012/78



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



## COMISSÃO ORGANIZADORA DO EVENTO

### Coordenação do Evento

Enf.º Dr. Irany Achilles Denti

### Comissão Organizadora/Científica

- Enf.ª Ms. Angela Brustolin
- Enf.ª Esp. Adriana Brhem Cantele
- Enf.ª Ms. Cibele Sandri Manfredini
- Enf.ª Ms. Luana Ferrão
- Enf.º Ms. Felipe Brock
- Enf.º Dr. Irany Achilles Denti
- Enf.ª Ms. Regina Maria Rockenbach Bidet
- Enf.ª Dr.ª Roseana Maria Medeiros
- Enf.º Ms. Samuel Salvi Romero

## APRESENTAÇÃO

O XVIII Encontro de Enfermagem do Alto Uruguai e XIV Encontro de Acadêmicos de Enfermagem apresentou como tema “atenção básica no cuidado à saúde”, tendo como objetivos: 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.

Neste sentido, os trabalhos, palestras e minicursos 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.

Este evento serviu como veículo para ampliar conhecimentos, trazendo à tona discussões relevantes ao contexto da atenção à saúde do ser humano, assim definidos: desafios da gestão do serviço de saúde na atenção básica; letramento funcional em saúde; questões do gênero relacionadas a atenção básica; avaliação dos serviços na atenção básica; reanimação cardiopulmonar; tecnologias e cuidado com feridas, além da apresentação de trabalhos (comunicação oral e pôsteres). Estes temas foram utilizados como base para reflexões acerca dos desafios atuais relacionados a enfermagem e suas perspectivas para o futuro e proporcionar melhorias na formação e qualificação técnico-científica para a atenção a saúde do ser humano nos momentos em que muitas vezes o mesmo se encontra fragilizado.

Prof. Me. Felipe Brock

Prof. Dr. Irany Achilles Denti

## Sumário

<b>RESUMOS SIMPLES .....</b>	<b>10</b>
AS ATRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	11
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CRISES DE ANSIEDADE: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL (PIP) A PARTIR DA TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL .....	13
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA AOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL FUNDAMENTADO NA TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS .....	14
BENEFÍCIOS E RISCOS DO EXERCÍCIO FÍSICO: UM ESTUDO DE CASO .....	15
ESCALA DE AVALIAÇÃO E MENSURAÇÃO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL VOLTADO PARA A ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO RECÉM-NASCIDO.....	16
INTERCÂMBIO EDUCACIONAL INTERNACIONAL – possibilidades de cuidado para acadêmicos de enfermagem.....	17
OFICINA SOBRE ALEITAMENTO MATERNO PARA PRIMIGESTAS: RELATO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL (PIP) COM BASE NA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS .....	18
RELATO DA APLICAÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL À LUZ DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DA ENFERMAGEM DE WANDA DE AGUIAR HORTA .....	19
RELATO DA APLICAÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL SOBRE A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE ENFERMAGEM .....	20
RELATO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL SOBRE CUIDADOS À PACIENTES ACAMADOS À LUZ DA TEORIA DE DOROTHEA OREM.....	21
RODA TERAPIA NA VISÃO DA ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	22
<b>RESUMOS EXPANDIDOS.....</b>	<b>23</b>
A CONSULTA DE ENFERMAGEM SOB A PERSPECTIVA DE UM PROJETO DE ANÁLISE SITUACIONAL: uma experiência acadêmica sistematizada a partir do planejamento estratégico .....	24
A GESTÃO DO CUIDADO NA ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR E O LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE – conceitos e aproximações .....	26
A PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE SOB A ÓTICA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM – a experiência de formandos em enfermagem da URI Erechim.....	29
A SOBREVIVÊNCIA AO CÂNCER: VIVÊNCIAS DE IDOSOS E DESAFIOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE.....	31
ACIDENTES DE TRÂNSITO NA CIDADE DE ERECHIM: UM OLHAR DA ENFERMAGEM...	34
ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA FAIXA ETÁRIA DE 05 A 10 ANOS PELOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF .....	37
ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA PREVENÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS EM PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	40
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES ACAMADOS PORTADORES DE LESÃO POR PRESSÃO: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL EMBASADO NA TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE ENFERMAGEM.....	42
ASMA INFANTIL – RELATO DE EXPERIÊNCIA ACADÊMICA NA BUSCA BIBLIOGRÁFICA .....	44
AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO DE PACIENTES ADULTOS À LUZ DA TEORIA DE DOROTHEA OREM: RELATO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL (PIP) .....	46

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO PACIENTE ONCOLÓGICO À LUZ DA TEORIA DE ENFERMAGEM DE LEININGER: RELATO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL (PIP) .....	48
CÂNCER DE MAMA: REFLEXÕES DA PREVENÇÃO AO TRATAMENTO.....	50
CÂNCER DE PULMÃO ASSOCIADO AO TABAGISMO .....	52
CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO: PERCEPÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM FRENTE AO PROCESSO DE TRABALHO.....	55
COMO ESTÁ SUA SAÚDE MENTAL? UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	58
CONHECIMENTO DE UMA PACIENTE SOROPOSITIVA PARA HTLV: ESTUDO DE CASO .	60
ALTERAÇÕES GESTACIONAIS INDUZIDAS POR DIFERENTES CONCENTRAÇÕES DE FRUTOSE ADICIONADAS À RAÇÃO NA GESTAÇÃO DE RATAS WISTAR.....	62
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE – conteúdos e aproximações na experiência de acadêmicos de enfermagem .....	64
EFEITOS DA ADIÇÃO DE FRUTOSE À DIETA NA GESTAÇÃO DE RATAS WISTAR .....	66
ESTABELECEER VÍNCULO COM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ATRAVÉS DE COMUNICAÇÃO EFETIVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	68
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR E PERDA DA SENSIBILIDADE DOS PÉS DE PACIENTES DIABÉTICOS .....	70
HUMANIZAÇÃO NO NASCIMENTO NA VISÃO DE UM GRUPO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS ENVOLVIDOS NO PROCESSO DO NASCIMENTO <sup>1</sup> .....	73
INCONTINÊNCIA URINÁRIA E SUAS INTERFACES EM MULHERES IDOSAS <sup>1</sup> .....	75
INFARTO AGUDO MIÓCARDIO: RELATO DE UM ESTUDO.....	78
INFARTO POR VASOESPAMO CORONARIANO .....	80
LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E AS POSSIBILIDADES DE CUIDADO NO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO HUMANO .....	82
O BRINCAR E A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA – UMA REFLEXÃO ACADÊMICA .....	85
O CUIDAR À MULHERES NEGRAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: A VISÃO DE UMA GRADUANDA EM ENFERMAGEM.....	87
O DIÁRIO DE CAMPO COMO METODOLOGIA PARA O APRENDIZADO – experiência de acadêmicos formandos em enfermagem .....	89
O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL COMO FERRAMENTA PARA MELHORIA DOS CUIDADOS EM usuários HIPERTENSOS E DIABÉTICOS INSULINODEPENDENTES: um relato de experiência .....	91
O TRABALHO EM EQUIPE DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DE UMA BOLSISTA DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	93
O (des)ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA – reflexões na vivência acadêmica sob a ótica do planejamento estratégico situacional.....	95
PACIENTE IDOSO CIRÚRGICO: COMPLICAÇÕES NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO.....	99
PNEUMONIA COMUNITÁRIA: UM ESTUDO DE CASO .....	101
PREVALÊNCIA DE ASMA EM ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE VIADUTOS – RS <sup>1</sup> .....	103
PREVALÊNCIA E IMPACTO DA ASMA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DA ZONA URBANA DE ERECHIM – RS: UM PROJETO EM ANDAMENTO <sup>1</sup> .....	106
PREVENÇÃO DO ENGASGAMENTO EM CRIANÇAS: RELATO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL (PIP) COM BASE NA TEORIA DO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL NA ENFERMAGEM.....	108
RELATO DA APLICAÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL À LUZ DA TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE ENFERMAGEM .....	110
RELATO DE EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS - APAE.....	112
RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS NA PREVENÇÃO DOS CÂNCERES DE COLO DE ÚTERO E DE MAMAS EM UMA EMPRESA NA CIDADE DE ERECHIM-RS. <sup>1</sup> .....	114
RELATO DE EXPERIÊNCIA: FALTA DE ADEÇÃO E DIFICULDADES RELACIONADAS AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.....	116
REPERCUSSÕES DE UM TRATAMENTO PARA CÂNCER DE PRÓSTATA.....	118



RISCO CARDIOVASCULAR EM PRATICANTES DE MUSCULAÇÃO EM UMA ACADEMIA DO MUNICÍPIO DE ERECHIM.....	121
SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE HIGIENIZAÇÃO/LIMPEZA HOSPITALAR: RELATO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL (PIP) COM BASE NA TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE .....	124
SÍFILIS NA GESTAÇÃO.....	126
SUICÍDIO: QUAL O IMPACTO QUE O TEMA CAUSA NAS PESSOAS?.....	129
TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS EM AMBIENTE HOSPITALAR NA VISÃO DO ENFERMEIRO <sup>1</sup> .....	131
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO: RELATO DE UM ESTUDO DE CASO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA .....	134
VIOLÊNCIA DE TRÂNSITO NA CIDADE DE ERECHIM/RS-PERFIL .....	136
VIVÊNCIAS DE IDOSOS SOBREVIVENTES: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS NO PROCESSO DE VIVER COM E ALÉM DO CÂNCER.....	138



# RESUMOS SIMPLES

## **AS ATRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

TORMEN, F.C.<sup>1</sup>; FERRÃO, L.<sup>2</sup>; CANTELE, A. B.<sup>3</sup>; MANFREDINI, C.<sup>4</sup>; BROCK, F.<sup>5</sup>; DENTI, I. A.<sup>6</sup>

Desenvolvimento Humano, Saúde e Educação.

**Introdução:** O Centro Cirúrgico (CC) é uma área complexa e de acesso restrito, com dependências interligadas destinadas a realização do ato anestésico-cirúrgico. O enfermeiro é um profissional capacitado para gerenciar as necessidades que envolvem todas as fases desse processo (SOBECC, 2009), sendo assim, é um membro indispensável que integra a equipe multidisciplinar do CC. Desempenha funções importantes para que os procedimentos sejam realizados de forma ideal, com técnicas assépticas, buscando o sucesso nos procedimentos cirúrgicos. E, as atividades burocráticas para o bom funcionamento do setor, como supervisão da equipe de enfermagem, a funcionalidade de equipamentos e o suprimento de materiais, entre outros (MARTINS; DALL'AGNOLL, 2016). Proporcionando ao paciente a atenção necessária e a assistência adequada no período perioperatório (FREITAS et al., 2011). **Objetivo:** Relatar as principais atribuições do enfermeiro no centro cirúrgico. **Metodologia:** Relato de experiência da acadêmica do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Erechim, no centro cirúrgico de um hospital no norte do Rio Grande do Sul, durante o período de práticas curriculares da disciplina de Cuidado ao Adulto II A, nos meses de agosto e setembro de 2017. **Resultados e discussão:** Pode-se observar que, as atribuições do enfermeiro no CC são bastante complexas, o que torna indispensável a presença deste profissional no setor referido. A atuação engloba a parte assistencial, a qual se inicia no acolhimento do paciente e do familiar, com a realização do exame físico e do preparo deste para o procedimento anestésico-cirúrgico, e com uma comunicação efetiva, proporcionando uma assistência qualificada. Além disso, o papel de coordenador, o qual deve planejar, avaliar, administrar, dotar recursos humanos e materiais, promover educação continuada para a equipe cirúrgica, entre outros. No entanto, as carências no processo de trabalho e na equipe de enfermagem por vezes foram observadas, onde o enfermeiro dedicava-se exclusivamente durante o turno de trabalho para suprir algumas necessidades que surgiram, como: a falta de profissionais, resolução de conflitos, ausência de materiais, a sobre carga de trabalho. Tudo isso, aliado a falta de reconhecimento, podem desencadear eventos estressores no ambiente de trabalho e para o profissional enfermeiro. **Conclusão:** As exigências do CC são grandes devido à sua complexidade. Para atender as demandas deste setor, o profissional enfermeiro necessita de conhecimento técnico e científico, aliado a constante procura pelo aperfeiçoamento. Ainda, deve estar preparado para suprir as suas atribuições assistenciais, bem como na organização e administração da unidade cotidianamente.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Centro Cirúrgico. Conhecimento.

<sup>1</sup> Graduanda do 6º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai (URI), Erechim - RS. Integrante do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde / Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem (GESE/URI/CNPQ) - RS. E-mail: franctormen@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Erechim - RS. Integrante do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde / Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem (GESE/URI/CNPQ) - RS. E-mail: luanaferrao@uricer.edu.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Erechim - RS. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem (GESE/URI). E-mail: adrianacantele@uricer.edu.br

<sup>4</sup> Enfermeira. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai (URI), Erechim. Integrante do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde / Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem (GESE/URI/CNPQ) - RS. E-mail: cibelem@uricer.edu.br

<sup>5</sup> Enfermeiro. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Erechim - RS. Integrante do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde / Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem (GESE/URI/CNPQ) - RS. E-mail: felipebrock@uricer.edu.br

<sup>6</sup> Enfermeiro. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Erechim - RS. E-mail: iranyd@uri.com.br

**REFERÊNCIAS:**

FREITAS, N. Q. et al. O papel do enfermeiro no centro cirúrgico na perspectiva de acadêmicas de enfermagem. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, Jan./Jun. 2011.

MARTINS, F.Z.; DALL'AGNOLL, C. M. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 4, dez. 2016.

SOBECC. Práticas recomendadas da SOBECC.5.ed.São Paulo: SOBECC,2009.

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CRISES DE ANSIEDADE: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL (PIP) A PARTIR DA TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL

TRINDADE, C.<sup>1</sup>; MEDEIROS, R. M.<sup>2</sup>

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde  
Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** A ansiedade é uma vivência que surge em resposta às exigências como um sinal de busca pela adaptação (GULLICH et al., 2013). Em relação à crise de ansiedade, boa parte dos atendimentos em saúde é feita nos serviços emergenciais, no intuito de estabilizar a crise e introduzir a terapêutica apropriada (BORGES et al., 2012). Daí da importância da realização deste PIP à luz da Teoria do Cuidado Transpessoal, uma vez que se os profissionais de enfermagem do serviço de urgência e emergência aprimorarem seus conhecimentos diante de crises de ansiedade, aos pacientes será oferecida assistência integral que culminará com a eficácia da terapêutica. **OBJETIVO:** Contribuir com ações de educação em saúde para a equipe de enfermagem intencionando melhor assistência ao paciente em crise de ansiedade. **METODOLOGIA:** O PIP é fundamentado na teoria de enfermagem proposta e foi desenvolvido no 2º semestre de 2017 na disciplina Projeto de Intervenção Profissional. Sua aplicação será realizada no pronto-socorro de um hospital privado ao norte do RS entre outubro e novembro. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O cuidado transpessoal tem como enfoque o ser humano em sua integralidade. Dentre os dez fatores de cuidados propostos por Jean Watson, selecionaram-se três como intervenção: o desenvolvimento do relacionamento de ajuda-confiança (quarto fator) que revela a qualidade de um relacionamento com outras pessoas e é o elemento mais significativo para os cuidados terapêuticos; a promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos (quinto fator) que têm efeitos poderosos sobre o comportamento e possibilitam que os profissionais compreendam o paciente em crise em sua maneira de agir, colaborando para a promoção de sua saúde; a promoção interpessoal (sétimo fator) que favorece o ensino-aprendizagem entre equipe de enfermagem e pacientes em crise. No quarto fator a equipe irá conhecer o contexto de vida do paciente que recorre ao serviço de saúde e estabelece uma relação de confiança com este valendo-se dos princípios básicos da comunicação; no quinto fator a equipe de enfermagem perceberá a sintomatologia do paciente em crise e irá intervir com a investigação das necessidades biofísicas, psicofísicas, psicossociais e intra-interpessoais; no sétimo fator a equipe, contando com o apoio multidisciplinar, prestará orientações ao paciente para a redução da crise. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O PIP permitiu ao acadêmico propor medidas de intervenção para a realidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes em crise de ansiedade em um serviço de urgência e emergência.

**Palavras-chave:** Ansiedade. Teoria de enfermagem. Assistência integral à saúde. Equipe de enfermagem. Educação em saúde.

### REFERÊNCIAS

- BORGES, L.R. et al. Atendimento à crise psíquica no pronto-socorro: visão de profissionais de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2010;33(3):27-33.
- GULLICH, I. et al. Prevalência de ansiedade em pacientes internados num hospital universitário do sul do Brasil e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2013; 16(3): 644-57.

<sup>1</sup> Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim.

<sup>2</sup> Orientadora do presente Projeto de Intervenção Profissional. Coordenadora e Docente do curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim. Doutora em Educação (UNISINOS). Mestre em Educação (UFRGS).

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA AOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL FUNDAMENTADO NA TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

ZANELLA, M.<sup>1</sup>; MEDEIROS, R. M.<sup>2</sup>

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde  
Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

**INTRODUÇÃO:** A chegada de um recém-nascido traz grandes mudanças na vida da família. Desde o início da gestação, esta idealiza a imagem do filho perfeito, saudável, com peso e idade gestacional adequados. Entretanto, o neonato pode nascer prematuro e necessitar de internação em uma UTI Neonatal, frustrando todas as expectativas geradas (DIAS, 2009). **OBJETIVO:** Conhecer as necessidades dos pais frente a fragilidade do recém-nascido prematuro internado em uma UTI Neonatal. **METODOLOGIA:** O Projeto de Intervenção Profissional (PIP) está fundamentado na Teoria de Enfermagem de Hildegard Peplau, nas fases de orientação, identificação, exploração e resolução e será realizado nos meses de outubro e novembro de 2017 em uma UTI Neonatal de um hospital filantrópico ao norte do RS. O PIP integra a matriz curricular do 8º semestre de Graduação em Enfermagem. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A fase de orientação, segundo George (2000) é o início da relação entre paciente/família e o enfermeiro, mantendo o respeito de cada cultura e valores, igualmente importantes na interação interpessoal. O enfermeiro passa a conhecer as principais dificuldades dos pais, iniciando um processo de confiabilidade. A segunda fase, de identificação, corresponde ao momento em que o familiar e o enfermeiro esclarecem suas percepções e expectativas. O familiar começa a lidar com o problema, criando uma atitude de positividade e vínculo. Após o relato das principais dificuldades, o enfermeiro assume o papel de mediador. Na fase de exploração, o familiar passa a ser integrante do ambiente provedor de cuidados e pode necessitar do enfermeiro, que deve oferecer ambiente tranquilo e favorável ao esclarecimento das dúvidas dos familiares. Projeta-se como plano de ação para a terceira fase oferecer aos pais um ambiente de espera confortável, calmo e tranquilo até o contato com seu RN. A fase de resolução resume-se a sanar as necessidades da família através da melhoria da assistência de enfermagem. Ao término das relações interpessoais espera-se que os familiares superem as dificuldades apresentadas na segunda fase e que consigam lidar com o RN com segurança. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O PIP permitiu ao acadêmico de enfermagem tomar conhecimento da importância em contribuir e facilitar a aproximação entre os pais e os bebês no âmbito da UTI Neonatal. Espera-se a partir disto proporcionar segurança e confiança aos pais e encorajar os mesmos a lidar com o RN enquanto internado na UTI Neonatal.

**Palavras-chave:** Recém-nascido. Unidade de Terapia Intensiva. Assistência de enfermagem. Família.

### REFERÊNCIAS

- DIAS, L. D. Humanização na assistência aos pais dos recém-nascidos prematuros internados na UTI Neonatal do Hospital da Criança Conceição. **Fundação Oswaldo Cruz**, 2009.
- GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem:** os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

<sup>1</sup> Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim.

<sup>2</sup> Orientadora do Projeto. Titular da disciplina. Coordenadora e Docente do curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim. Doutora em Educação (UNISINOS). Mestre em Educação (UFRGS).

## BENEFÍCIOS E RISCOS DO EXERCÍCIO FÍSICO: UM ESTUDO DE CASO

FASSINA, S. E.; BRANCO, M. M. M.; DENTI, I. A.; FERRÃO, L.; BIDEL, R. M. R.

Epidemiologia e Processo Saúde – Doença

**INTRODUÇÃO:** A rabdomiólise é uma síndrome aguda e potencialmente fatal, caracterizada por necrose muscular e consequente liberação de componentes intracelulares musculares na corrente sanguínea. (FERRI, F. F. 1993). Quanto a sua etiologia pode ser por trauma ou compressão muscular, imobilização prolongada, procedimentos cirúrgicos, exercício físico intenso em indivíduo despreparado, miopatias metabólicas e inflamatórias, drogas ou toxinas, infecções, distúrbios eletrolíticos, endocrinopatias e defeitos genéticos.(FERRI, F. F. 1993). Basicamente o diagnóstico é laboratorial, o marco da doença é a elevação de CK e outras enzimas musculares. Outro achado característico é a presença de urina vermelha-amarronzada devido à mioglobínúria. Alguns objetivos do tratamento é o débito urinário de, no mínimo, 200ml/h, pH urinário entre 6 e 7, pH sanguíneo entre 7.35 a 7.45, estabilidade hemodinâmica e manutenção da função renal. **OBJETIVOS:** Relatar o caso clínico de um paciente internado por diagnóstico de Rabdomiólise. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso, realizado no primeiro semestre de 2017, durante o período das aulas práticas da disciplina Enfermagem no Cuidado do Adulto I A do curso de Graduação em Enfermagem. Os dados foram coletados através de entrevista, exame físico e consulta ao prontuário do paciente internado em um hospital do norte do Rio Grande do Sul. **RESULTADOS:** Paciente de 30 anos, masculino, solteiro, auxiliar administrativo e tatuador. Chega referindo dor nas pernas, urina com aspecto de “cocacola” e edema nos membros inferiores. Relata início dos sintomas há 3 dias após realizar atividade física (exercício de agachamento com peso) até a exaustão. Faz uso da sonda vesical de demora aberta em saco coletor para controle de diurese, apresentando diurese de aspecto marrom escuro, com bom volume. Apresenta edema no MID. Sinais vitais T°:36,1°C; R: 16 mrpm, P.A: 130/80 mm/hg, F.C: 83 bpm, SAT: 97%. Exames laboratoriais: Proteína C Reativa: 14,50 mg/l (ref. <10); TGO: 1.184 U/L (ref. 17 a 59); TGP: 253 U/L (ref. 21 a 72); EQU = Creatinina: 1,38 mg/dl (ref. 0.66 a 1,25); GAMA – GT: 81 U/L (ref. 15 a 73); Proteínas<sup>++</sup>, Hemoglobina<sup>++</sup>, Glicose<sup>+</sup>, Bilirrubina<sup>+</sup>, Nitrito<sup>+</sup>, Leucócitos 10, Hemácias 15. **CONCLUSÃO:** O referido estudo de caso aponta o exercício físico intenso como um dos fatores desencadeantes da rabdomiólise. O referencial teórico encontrado é por vezes escasso, para tanto sugere-se que sejam realizados novos estudos sobre a patologia no intuito de promover educação em saúde, ampliando o olhar dos profissionais para abordagem e orientações a respeito do exercício físico.

**Palavras-chave:** Rabdomiólise; esforço físico; educação em enfermagem.

### REFERÊNCIAS

- BARROS, Alba Lucia Botura Leite. **Anamnese & exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2011.
- FERRI, F. F. **Manual de cuidados: diagnóstico e tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GIANNOGLOU, G. D.; CHATZIZISIS, Y. S.; MISIRLI, G. The syndrome of rhabdomyolysis: Pathophysiology and diagnosis. **Eur J Intern Med**, 2007.
- GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. L. **Cecil Medicine**. 24<sup>a</sup> Ed. Editora Elsevier. 2012.
- HUERTA-ALARDIN, A. L.; VARON, J.; MARIK, P. E. Bench-tobedside review: Rhabdomyolysisna overview for clinicians, **Crit care**, 2005.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION; (Org.). **Diagnósticos de Enfermagem do NANDA: definições e classificação 2015 – 2017**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

## ESCALA DE AVALIAÇÃO E MENSURAÇÃO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL VOLTADO PARA A ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO RECÉM-NASCIDO

T

ORRES, M.O.<sup>1</sup>; MEDEIROS, R. M.<sup>2</sup>

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde  
Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

**INTRODUÇÃO:** Segundo Araújo et al. (2015) os lactentes, especialmente os recém-nascidos, não são capazes de verbalizar suas queixas no que tange à dor, tampouco as alterações e desequilíbrios causados no organismo por aquela. A manifestação da sensação dolorosa se dá por meio de uma série de parâmetros físicos e comportamentais, os quais podem ser de difícil identificação por parte da equipe de enfermagem (MORAIS; OLIVEIRA; ESTEVES, 2013). Daí a importância da Escala de Avaliação e Mensuração da dor no recém-nascido como alternativa inovadora no Projeto de Intervenção Profissional (PIP), visando o cuidado integral ao recém-nascido da UTI Neonatal. Importante capacitar a equipe de enfermagem para identificar adequadamente crises dolorosas que possam interferir no processo de reabilitação da saúde do RN. **OBJETIVO:** Capacitar a equipe de enfermagem para a aplicação da escala de avaliação e mensuração da dor no recém-nascido. **METODOLOGIA:** O PIP foi construído no 2º semestre de 2017 na disciplina Projeto de Intervenção Profissional da matriz curricular do 8º semestre de graduação em Enfermagem. Está fundamentado nas fases do Processo de Enfermagem da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (orientação, identificação, exploração e resolução). O cenário para sua aplicação é a UTI Neonatal de um hospital público ao norte do RS. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Espera-se atingir o objetivo a partir da construção de relações interpessoais com a equipe de enfermagem da UTI Neonatal. Na fase de orientação, acadêmica e equipe de enfermagem irão se encontrar como estranhos a partir da necessidade de suprir as dificuldades da equipe relacionadas à utilização da escala de avaliação da dor no recém-nascido. Na fase de identificação a equipe de enfermagem responderá à acadêmica sobre suas dificuldades em avaliar a dor no RN, e esta lhe oferecerá auxílio na utilização da escala. Na fase de exploração espera-se que a equipe demonstre interesse e obtenha os conhecimentos necessários para a utilização da referida escala. Na fase de resolução ocorrerá o término da relação interpessoal entre a acadêmica e a equipe de enfermagem. Espera-se a satisfação da equipe na utilização da escala como estratégia para avaliar a dor do RN. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O PIP visou promoção de ações de enfermagem em crises de dor do recém-nascido, com vistas ao cuidado integral e humanizado. Espera-se que, a partir de sua aplicação, a equipe de enfermagem passe a avaliar e mensurar sistematicamente a dor e intervir efetivamente nos indícios dolorosos manifestados pelo RN, qualificando a assistência prestada.

**Palavras-chave:** Recém-nascido. Dor. Avaliação em enfermagem. Equipe de enfermagem. Assistência integral à saúde.

### REFERÊNCIAS

ARAUJO, C.G. et al. Dor em Recém-Nascidos: Identificação, Avaliação e Intervenções. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador: 2015.  
MORAIS, M.B.; OLIVEIRA, S.C.; ESTEVES, M.O.H. **Pediatria: diagnóstico e tratamento**. Barueri, São Paulo, 2013.

<sup>1</sup> Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim.

<sup>2</sup> Orientadora do projeto. Titular da disciplina. Coordenadora e Docente do curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim. Doutora em Educação (UNISINOS). Mestre em Educação (UFRGS).

## **INTERCÂMBIO EDUCACIONAL INTERNACIONAL – possibilidades de cuidado para acadêmicos de enfermagem**

TRINDADE, Odair De Freitas; ROMERO, Samuel Salvi

**INTRODUÇÃO:** Conhecer outras culturas e espaços sociais permite ampliar o olhar para o cuidado às singularidades dos usuários, em suas mais diversas possibilidades. Acompanhar necessidades de indivíduos que vivem sob outros costumes torna-se desafiador e imprime consciências de humanização, integralidade e subjetividade do cuidado. **OBJETIVO:** descrever a experiência de um acadêmico de enfermagem em intercâmbio educacional internacional. **METODOLOGIA:** relato que descreve a experiência de um acadêmico de enfermagem do quarto semestre de graduação em enfermagem da URI Erechim. Esta vivência aconteceu em um momento de intercâmbio internacional na cidade de Maputo, Capital de Moçambique, país Africano, no período de 30 de janeiro de 2017 a 13 de fevereiro do mesmo ano. A descrição é subsidiada pelo planejamento acordado durante as atividades naquele país. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Ao chegar na cidade destino o levantamento de dados inicial foi realizado por uma equipe fixa na região que constatou que suas maiores necessidades eram problemáticas relacionadas a: Diabetes; Hipertensos; HIV; Tuberculose; Feridas/ferimentos; Educação em saúde; Capacitação profissional; Desnutrição; Verminoses; Malária, dentre outras. Analisadas as necessidades foram constituídas formas de equalizar um pouco das dissonâncias. Um equipe chilena e duas brasileiras se revezavam para dispor de medicamentos, materiais para curativos, itens de biossegurança, tecnologias para testes clínicos, além de materiais didáticos e para educação em saúde. Tendo fim o nosso trabalho na região o material sobressalente e os dados cadastrais da população alvo do nosso trabalho foram deixados para a próxima equipe que dará continuidade aos trabalhos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esta experiência norteou muitas buscas e considerações acerca do cuidado humano. Constituiu base para novos pensamentos e o planejamento de novas possibilidades diante do sofrimento e necessidades de indivíduos e comunidades. As atividades propostas e as intervenções realizadas podem conduzir o acadêmico a formas de construir indicadores factíveis a serem produzidos e reproduzidos durante a gestão e assistência do cuidado, permitindo, sobretudo, dinamizar critérios para alcançar integralidade, equidade e promoção da saúde.

**Palavras-chave:** Enfermagem Comunitária; Promoção da Saúde; Educação em Saúde.

## OFICINA SOBRE ALEITAMENTO MATERNO PARA PRIMIGESTAS: RELATO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL (PIP) COM BASE NA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

LIMA, R.L.<sup>1</sup>; MEDEIROS, R. M.<sup>2</sup>

Núcleo de estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde  
Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** O aleitamento materno é considerado insubstituível, pois fornece o alimento para o crescimento e desenvolvimento saudável do lactente (SILVA, 2014). Diante da importância do aleitamento, o enfermeiro tem a responsabilidade de orientar e conscientizar as mães desde o pré-natal. O PIP que aqui descrito parte desse princípio de orientar as primigestas acerca da importância do aleitamento. Nessa perspectiva, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, norteará as ações do projeto. As Necessidades Humanas Básicas são qualificadas de acordo com as necessidades principais do indivíduo, desde as prioritárias para a sobrevivência até o refinamento de outras, a partir do equilíbrio fisiológico. (BRAGA; SILVA, 2011). **OBJETIVO:** Oferecer às mães primigestas informações e orientações sobre o aleitamento materno. **METODOLOGIA:** Trata-se de um Projeto de Intervenção Profissional (PIP) de natureza qualitativa, descritiva e exploratória desenvolvido no 8º semestre do Curso de Graduação de Enfermagem. Utilizou-se como embasamento a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta (1979). O PIP será aplicado com mães primigestas da Unidade Básica de Saúde (UBS) São Vicente de Paulo de Erechim/RS. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O Processo de Enfermagem da Teoria das Necessidades Humanas Básicas constitui-se das seguintes etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Plano de Cuidados, Evolução de Enfermagem e Prognóstico. Na etapa do Histórico, quando as mães primigestas recorrem à UBS, através de agendamento para consulta com o pediatra, são antes encaminhadas para a consulta de enfermagem, onde a acadêmica buscará levantar o histórico das mesmas, em especial, sobre suas vivências da amamentação. A partir das vivências de amamentação será possível identificar um diagnóstico de enfermagem; elegi segundo o NANDA: Amamentação ineficaz. No Plano Assistencial, a ação será uma oficina sobre técnica de amamentar. No Plano de Cuidados, serão realizadas ações educativas que estimulem o aleitamento materno, ensino correto de amamentação, esclarecimentos de dúvidas, benefícios e ajudando a mulher a adquirir autoconfiança em sua capacidade de amamentar. Na Evolução de Enfermagem, pretende-se que as mães aprendam a utilizar corretamente a técnica de amamentação e que percam a insegurança e o medo em relação à este processo. No Prognóstico, espera-se que com a oficina, as mães amamentem até pelo menos o sexto mês. Em termos de resultados globais pretende-se conscientizar as primigestas sobre a importância da amamentação para a mãe e para o bebê. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Espera-se melhorar a adesão ao aleitamento por parte das primigestas da UBS.

**Palavras-chave:** Aleitamento materno; Teoria de enfermagem; Enfermagem;

### REFERÊNCIAS

- BRAGA, C, G; SILVA, J, V. **Teorias de enfermagem**. São Pulo: Iátria, 2011.
- SILVA, E.A.O. **A percepção e o papel do enfermeiro no auxílio, incentivo e conscientização da importância do aleitamento materno**. 2014. 30f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Saúde Materna Neonatal e do Lactente) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

<sup>1</sup> Acadêmica do 8º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim.

<sup>2</sup> Orientadora do projeto. Titular da disciplina Coordenadora e Docente do curso de Graduação em Enfermagem da URI Câmpus de Erechim. Doutora em Educação (UNISINOS), Mestre em Educação (UFRGS), Coordenadora do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Etnia; Educação; Saúde e Trabalho e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde (NESCSS) do curso de Graduação em Enfermagem da URI Câmpus Erechim.

## RELATO DA APLICAÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL À LUZ DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DA ENFERMAGEM DE WANDA DE AGUIAR HORTA

VAZATTA, C.<sup>1</sup>; MEDEIROS, R.M.<sup>2</sup>

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde  
Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** As características clínicas do Transtorno do Espectro Autista manifestam-se antes dos 30 meses de idade, onde há um desvio do desenvolvimento social, incapacidade do desenvolvimento da linguagem, comportamentos e rotinas de forma estranha e ritualística. Os elementos mais comuns da falta de desenvolvimento social são a ausência de reciprocidade e dificuldade de criar vínculos (GAUDERER, 1997). O presente Projeto de Intervenção Profissional (PIP) foi estruturado com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas da Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta, necessidades essas classificadas em cinco níveis: fisiológicas, de segurança, amor, estima e autorrealização (SILVA; BRAGA, 2011). **OBJETIVO:** Relatar a experiência acadêmica na aplicação de um PIP à equipe que presta assistência aos autistas e famílias da Escola de Associação Pró Autistas Aquarela do município de Erechim/RS. **METODOLOGIA:** Trata-se de um PIP desenvolvido no 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. Utilizou-se como embasamento científico e teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas da Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta. O PIP será aplicado à equipe que presta assistência aos autistas e famílias da Escola de Associação Pró Autista Aquarela, do município de Erechim/RS. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O Processo de Enfermagem da Teoria das Necessidades Humanas Básicas constitui-se das seguintes etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Plano de Cuidados, Evolução de Enfermagem e Prognóstico. O Plano Assistencial desenvolvido para o PIP envolve: estabelecer vínculo com equipe; estabelecer prioridades de enfermagem; capacitar a equipe multiprofissional com ações necessárias para a superação de algumas circunstâncias: - manter equipe alerta em situações que por ventura a criança possa ter batido a cabeça ou qualquer outra parte do corpo - ensinar a equipe a verificação de sinais vitais - habilitar a equipe para situações de urgência (tamponamento para epistaxe nasal, possíveis sangramento em outras parte do corpo, curativos simples até o encaminhamento e a assistência qualificada); - treinar equipe para utilização do uso de calor e frio - treinar equipe para utilização de talas em suspeitas de fraturas até o encaminhamento e a assistência qualificada - habilitar a equipe a verificar a temperatura corporal e utilização de recursos simples para o controle da mesma. **CONSIDERAÇÕES:** A partir da aplicação do PIP, espera-se que o plano assistencial elaborado sirva de suporte a equipe multiprofissional responsável por prestar assistência aos autistas e seus familiares.

**Palavras-chave:** Transtorno do Espectro Autista; Teoria de Enfermagem; Enfermagem.

### REFERÊNCIA

BRAGA, C. G.; SILVA, J. V. **Teorias de enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2011.

GAUDERER, E. C. **Autismo e outros atrasos do desenvolvimento - Uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais**. Brasília: CORDE, 1997

<sup>1</sup> Acadêmica do 8º semestre de Graduação em Enfermagem da URI Câmpus de Erechim.

<sup>2</sup> Orientadora do projeto Titular da disciplina Coordenadora e Docente do curso de Graduação em Enfermagem da URI Câmpus de Erechim. Doutora em Educação (UNISINOS), Mestre em Educação (UFRGS), Coordenadora do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Etnia; Educação; Saúde e Trabalho e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde (NESCSS) do curso de Graduação em Enfermagem da URI Câmpus Erechim.

## RELATO DA APLICAÇÃO De Um Projeto De Intervenção Profissional Sobre A Teoria Das Necessidades Humanas Básicas De Enfermagem

Fagundes, S.K. <sup>1</sup>; Medeiros, R. M. <sup>2</sup>

Área Temática: Saúde Humana

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde  
Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

**INTRODUÇÃO:** Segundo Silva e Braga (2011) as teorias de enfermagem traduzem em si, o imenso trabalho do enfermeiro, por suas implicações nos saberes cultural, social, comportamental, trazido pelo paciente/usuário, família, comunidade. Baseada nos fundamentos e princípios de Maslow, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (1979) traz que a enfermagem é um serviço prestado ao ser humano, salientando que ele é parte componente do universo dinâmico, e dessa forma está sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço, em constante interação, seja recebendo ou expandindo energia, provocando mudanças e levando a estados de equilíbrio e desequilíbrio. Neste contexto, o relato da acadêmica de enfermagem, é através de seu Projeto de Intervenção Profissional (PIP) para possibilitar à equipe de enfermagem da Unidade Básica de Saúde (UBS), a implantação de atividades educacionais visando o conforto, bem estar e saúde das enfermeiras. **OBJETIVOS:** Realizar atividades educacionais para diminuir o estresse dos enfermeiros. **METODOLOGIA:** Relato sobre a aplicação de um PIP, a ser realizado em uma UBS em um município de médio porte ao norte do RS. A realização das atividades educacionais aos enfermeiros nos momentos de estresse, se deu na disciplina de Projeto de Intervenção Profissional, do 8º semestre da Graduação em Enfermagem. O projeto será desenvolvido, no período de outubro à novembro de 2017, onde a acadêmica fará sua intervenção objetivando minimizar o estresse dos enfermeiros. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** O ser humano se difere dos demais componentes do universo por sua capacidade de reflexão, imaginação e habilidade de unir presente, passado e futuro. Essa inteligência predispõe ao ser humano sua unicidade, autenticidade e individualidade (HORTA, 1979). A Teoria das necessidades humanas básicas compõe-se de seis níveis: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados, evolução de enfermagem e prognóstico. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O profissional de Enfermagem compõe o universo humano e dessa forma necessita igualmente de equilíbrio das suas necessidades humanas básicas. Fica claro que a Teoria de Horta engloba tanto pacientes quanto profissionais que prestam a assistência. É visível que para o enfermeiro exercer assistência qualificada é necessário que o cuidado parta de si mesmo e depois ao paciente. Uma das necessidades imprescindíveis são a de autoestima. Nesta conjuntura percebe-se que a teoria proposta pode contribuir com a atividade das enfermeiras, pois o estresse em razão da sobrecarga, influência direta e principalmente na segurança, estima e autorrealização do profissional.

**Palavras-chave:** Teoria de Enfermagem, Unidade Básica de Saúde, Enfermeira.

### REFERÊNCIAS:

HORTA, Wanda Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: E.P.U, 1979.  
SILVA, J.V.; BRAGA, C.G. **Teorias de Enfermagem**. 1ª ed. São Paulo: Iátria, 2011.

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim.

<sup>2</sup> Orientadora do PIP; titular da mesma disciplina; Coordenadora e Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim. Doutora em Educação (UNISINOS). Mestre em Educação (UFRGS).

## RELATO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL SOBRE CUIDADOS À PACIENTES ACAMADOS À LUZ DA TEORIA DE DOROTHEA OREM

GERMINIANI, J.<sup>1</sup>; MEDEIROS, R. M.<sup>2</sup>

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde  
 Linhas de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** Este trabalho tem o intuito de informar sobre cuidados necessários ao paciente acamado em domicílio, essenciais para higiene, conforto e prevenção de lesões por pressão, pois muitos familiares não têm conhecimento para a realização de cuidados básicos. O cuidar pertence às ações que venham auxiliar, preservar e favorecer o processo de viver ou morrer, pois promove bem estar físico, emocional e espiritual ao paciente. A família tem papel importante no cuidado a pacientes acamados, pois sua participação promove qualidade de vida ao paciente. Também é importante que a Equipe Saúde da Família (ESF) aproxime-se dos familiares para observar o contexto familiar e obter uma clínica singular que envolva o paciente, a família e/ou cuidadores (VIEIRA et al., 2015). **OBJETIVO:** Tem como objetivo maior adesão dos familiares na realização dos cuidados ao acamado. **METODOLOGIA:** Trata-se de um Projeto de Intervenção Profissional (PIP), desenvolvido no 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, no qual utilizou-se como embasamento a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem. O PIP será aplicado com a equipe das Agentes Comunitárias de Saúde da Unidade Básica de Saúde Atlântico, de Erechim/RS. Sua aplicação está baseada na Resolução nº 510/2016 do CNS. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** No caso deste estudo, utilizou-se a Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, pois ela identifica quando há necessidade da enfermagem, onde é considerada uma exigência quando a pessoa encontra-se incapaz de realizar o autocuidado eficaz (GEORGE, 2000). Em sua teoria Orem identifica três tipos de sistemas de enfermagem: o Sistema Totalmente Compensatório que inclui o paciente acamado o qual necessita de total ajuda, sendo incapaz de realizar qualquer prática do autocuidado, no Sistema Parcialmente Compensatório, os pacientes conseguem efetuar algumas práticas, mesmo com suas limitações, e no Apoio educativo, os pacientes tem mais condições de realizarem o autocuidado, mas faltam instruções para realizar de forma correta, necessitando de maior conhecimento. Nesse ingressa a atividade do agente comunitário através do sistema apoio/educação. Sendo assim o Processo de Enfermagem aponta as deficiências do autocuidado e as necessidades são avaliadas para serem planejados os cuidados que devem ser prestados ao paciente, tanto pelo cuidador ou enfermeiro, através dos Agentes Comunitários de Saúde, atendendo assim as exigências de autocuidado (GEORGE, 2000). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Espera-se que haja boa aceitação do projeto, e que após sua aplicação as ACS aumentem seus conhecimentos sobre cuidados a pacientes acamados e possam incentivar os familiares a realizarem.

**Palavras-chave:** Lesão por Pressão; Agentes Comunitários de Saúde; Enfermagem.

### REFERÊNCIAS

- GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- VIEIRA, Heloísa Ferreira et al. **Assistência de enfermagem ao paciente acamado em domicílio: uma revisão sistemática**. Volume 85 – Especial Edition. 2015. Disponível em: <<http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/85.a2.60/10671>>. Acesso em: 16 set. 2017.

## RODA TERAPIA NA VISÃO DA ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

TERRES, I.S.<sup>1</sup>; TAMAGNO, D.A.<sup>2</sup>; VIEIRA, A.M.<sup>3</sup>; CANTELE, A.B.<sup>4</sup>

Desenvolvimento Humano, Saúde e Educação

**Introdução:** A psicoterapia que tem por objetivo a prevenção terciária é desenvolvida através de atividades que priorizam a reabilitação. O propósito da psicoterapia é capacitar novamente os indivíduos acometidos por doenças mentais a viver de forma independente e superar seus bloqueios (TOWSEND, 2011). **Objetivo:** Observar as experiências relatadas pelos pacientes, bem como a forma que lidam com a sua patologia. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de acadêmicos, do curso de graduação em enfermagem, em uma roda terapia realizada em um Centro de atenção psicossocial (CAPS) durante o período de aulas práticas na disciplina de enfermagem psiquiátrica no 2º semestre de 2017, com usuários de álcool e outras drogas. **Resultados/Discussão:** Teve-se a oportunidade de vivenciar relatos de pacientes na roda terapia e posteriormente em oficina realizada. Seguem alguns relatos: “Ajuda na autoestima e vontade de viver”; “Influência positiva, relatos de outros pacientes, ajudar outros”; “Me sinto melhor após o grupo”; “Ajuda melhorar o meu comportamento após a roda”; “Ajuda ganhar mais força de vontade para vencer e conseguir dar a volta por cima”. Foram fornecidas orientações sobre a importância de participar da roda terapia, visando desta forma a sua melhor interação social. Segundo Clark (1987) os grupos de terapia evitam aborrecimentos futuros ensinando aos pacientes participantes, maneiras eficazes de lidar com o estresse emocional originado de crises situacionais. **Conclusão:** Percebe-se desta forma, que a psicoterapia traz resultados positivos para o melhor enfrentamento e tratamento desta patologia. Portanto, sendo esta atividade de supra importância, cabe aos profissionais de enfermagem, continuar incentivando estes pacientes para sua melhor adesão nesta terapia.

**Palavras-chave:** Psicoterapia. Enfermagem. Doenças Mentais. Ajuda.

### REFERÊNCIAS:

- STUART, Gail. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas**. Artmed, 6ªed. São Paulo, 2001.  
TOWSEND, Mary. **Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de cuidados**. Guanabara Koogan. 3ªed. Philadelphia, 2000.

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim

<sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim

<sup>4</sup> Enfermeira. Especialista. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.



# RESUMOS EXPANDIDOS

## **A CONSULTA DE ENFERMAGEM SOB A PERSPECTIVA DE UM PROJETO DE ANÁLISE SITUACIONAL: uma experiência acadêmica sistematizada a partir do planejamento estratégico**

FAGUNDES, S.K.<sup>1</sup>; TRINDADE, C.<sup>1</sup>; REMPEL, S.C.C.<sup>1</sup>; TORRES.M.O.<sup>1</sup>; ROMERO.S.S.<sup>2</sup>

Área Temática: Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** A consulta de enfermagem é definida por Pereira & Ferreira (2014) como a assistência aos usuários por parte do profissional enfermeiro, seja ela destinada ao indivíduo sadio ou em processo de adoecimento. Na maioria dos casos é através da consulta de enfermagem que ocorre o primeiro contato com o usuário para que sejam identificados seus problemas de saúde. A identificação do status do processo saúde/doença proporciona ao enfermeiro a organização e o planejamento do cuidar, executando e avaliando cuidados que colaboram para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. É na consulta de enfermagem que se desenvolve o processo de enfermagem através do histórico, exame físico, diagnóstico de enfermagem, plano terapêutico e avaliação da consulta (CAMPOS, et al, 2011). **OBJETIVO:** Descrever a aplicação de um Projeto de Análise Situacional sob a sistematização do Planejamento Estratégico Situacional com vistas à promoção da reflexão da consulta de enfermagem no contexto da atenção básica à saúde. **METODOLOGIA:** O presente resumo trata de um relato de experiência de acadêmicas de enfermagem do oitavo semestre da Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Durante a disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva 4, no primeiro semestre do ano de 2017, foi desenvolvido um Projeto de Análise Situacional que utilizou como ferramenta de sistematização para os cuidados, o Planejamento Estratégico Situacional (PES). O projeto tinha como foco o desenvolvimento de atividades voltadas para a gestão do cuidado durante as práticas curriculares que aconteceriam em uma Unidade Básica de Saúde de um município do norte do Estado do Rio Grande do Sul. Neste momento o foco de intervenção estaria sob a reflexão da consulta de enfermagem por parte da equipe multiprofissional e usuários do serviço. Por ser um tema relevante e envolvendo a prática do enfermeiro no dia a dia e proporcionando transformações na vida do usuário, considerou-se desenvolver um projeto que colaborasse para o entendimento da realização da consulta de enfermagem e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's). Também, pelo fato das aulas práticas serem desenvolvidas no âmbito da saúde coletiva, obteve-se curiosidade em se observar as interfaces do processo de enfermagem envolto na consulta de enfermagem. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A aplicação do Projeto de Análise Situacional seguiu os momentos propostos pelo PES – Explicativo; Normativo; Estratégico e Tático Operacional. Explicativo- Identificação e conhecimento da Problemática: A consulta de enfermagem na atenção básica. Neste momento foram analisados fluxogramas e processos de trabalho de duas Unidades Básicas de Saúde. Foi encontrado um panorama preocupante em relação a prática da consulta de enfermagem nessas organizações e pensados elementos para construir uma caracterização estratégica para as mesmas. O planejamento foi pensado coletivamente e constituído visando melhorias e aproximações com as práticas do enfermeiro nas rotinas diárias. Normativo: no momento normativo foram apresentados subsídios para sustentar o Projeto de Análise Situacional e possibilitar a sua aplicação. Devido à organização do fluxograma das UBS há uma sobrecarga de trabalho no cotidiano do enfermeiro, tendo em vista que há apenas uma enfermeira para atividades assistenciais e gerenciais; Consulta de enfermagem presente, porém muitas vezes não realizada de forma fragmentada por haver acúmulo de funções; Dificuldades na realização da consulta de enfermagem por esta não ter um roteiro preestabelecido, um documento que pudesse nortear de forma facilitada a realização da prática científica; Resistência e desconhecimento por parte do usuário em relação à consulta de enfermagem. A partir do levantamento dessas informações, foi desenvolvido um plano de ação para a implementação do projeto. Estratégico: momento de organização das ações, previsão das propostas e definição das intervenções. Explanação com equipe de enfermagem, promovendo a sensibilização da equipe frente à consulta de enfermagem, em um espaço acolhedor e que pudesse ampliar o olhar teórico dos profissionais. Criação de um roteiro norteador como instrumento para realização da consulta de enfermagem, baseado nos preceitos da Resolução COFEN 358-2009; a

<sup>1</sup> Acadêmicas do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim

<sup>2</sup> Orientador do PROJETO DE ANÁLISE SITUACIONAL; titular da mesma disciplina. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da URI- Erechim. Mestre em Envelhecimento Humano. Doutorando em Saúde Coletiva.

confeção de dois pôsteres: contemplando informações relacionadas ao processo de enfermagem na realização da consulta de enfermagem, e informações acerca da consulta de enfermagem aos usuários, respectivamente. Elaboração de um folder informativo sobre a consulta de enfermagem, distribuídos na recepção da UBS. Tático – Operacional: momento de ação efetiva do momento estratégico. Através de uma reunião com a equipe de enfermagem, pôde-se construir a reflexão da equipe sobre o papel da enfermagem nas práticas diversas, discussão acerca das atribuições da enfermagem, bem como, os dispositivos legais em relação ao processo de enfermagem. Também, houve a demonstração do gerenciamento da equipe por parte da enfermeira gestora da unidade, e a motivação na gestão de recursos humanos. Os pôsteres produziram maior conhecimento e contribuíram na promoção da educação em saúde aos usuários. O resultado positivo demonstrou que um dos objetivos iniciais foram alcançados, a educação permanente fora executada. A criação de um roteiro exemplificou a necessidade da compreensão da totalidade humana, e colaborou para o melhor entendimento dos profissionais. O roteiro, ainda, uniu a equipe de enfermagem quando esta se propôs a sentar e discutir o mesmo em relação ao perfil locorregional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A implementação da consulta de enfermagem se faz necessária, uma vez que o enfermeiro é protagonista nas transformações em saúde, visando a promoção, prevenção e proteção dos agravos e propiciando maior esclarecimento das condições do processo saúde/doença de cada usuário. A visão humanizada e as práticas integradas têm de estar presentes na consulta de enfermagem, bem como, as sequências do processo de enfermagem têm de ser seguidas e fundamentadas mediante evidências científicas e motivação de toda a equipe. A aplicação do projeto, contudo, propiciou vivenciar o processo de trabalho do enfermeiro, problematizando condutas, trabalho em equipe, conhecimento técnico científico e um olhar importante para as tecnologias de planejamento construídas pelos mesmos. Através dos resultados pôde-se perceber o quão necessário são ações que visem o planejamento e a organização setorial para que ocorra a consulta de enfermagem. Nota-se a importância da consulta de enfermagem uma vez que esta desempenha papel preventivo, educativo e de caráter exploratório e de recuperação/reabilitação da saúde. A busca do cuidado integral se fez presente nesta vivência acadêmica, constituindo laços afetivos e vínculos profissionais importantes.

**Palavras-chave:** Planejamento Estratégico; Enfermagem Comunitária; Consulta de Enfermagem; Promoção da Saúde.

## REFERÊNCIAS

- CAMPOS, R. M. C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. São Paulo: 2011.
- COFEN. RESOLUÇÃO COFEN-358/2009. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 19 nov. 2016.
- FAVERO, L. PAGLIUCA, L. M. F. LACERDA, M. R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. *Ver. Esc. Enferm. USP*. São Paulo: 2012.
- HORTA, Wanda Aguiar. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.
- OLIVEIRA, S. K. P. et al. Temas abordados na consulta de enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *REBEn*. Brasília: 2012.
- PEREIRA, R. T. A. FERREIRA, V. A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. *Revista UNIARA*. São Paulo: 2014.

## **A GESTÃO DO CUIDADO NA ENFERMAGEM NO CONTEXTO HOSPITALAR E O LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE – conceitos e aproximações**

Luciele Regina Kammler; Samuel Salvi Romero; Helenice De Moura Scortegagna; Roseana Maria Medeiros; Angela Maria Brustolin; Regina Maria Rockenbach Bidel

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Etnia; Educação; Saúde e Trabalho do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde

Área Temática: Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento Humano, Saúde e Educação

**INTRODUÇÃO:** As populações estão em constante transformação e incitam atualizações das práticas e intervenções nos serviços de saúde prevendo profissionais diferenciados para exercer uma assistência de qualidade. O enfermeiro é integrante fundamental na organização hospitalar e é responsável pela execução de atividades que expressem qualidade e segurança na prestação do cuidado em enfermagem. A partir desta afirmativa pode se considerar um dos desafios para o enfermeiro atuante no contexto hospitalar a atuação em espaços de coordenação, gerência e chefia, pois o colocará interligado com outros setores além do seu local de trabalho (CAMELO, et al., 2016). Existe a necessidade de maior conhecimento e compreensão das características de usuários e profissionais em sua integralidade. Neste sentido, mesmo que os acadêmicos de enfermagem aprendam sobre o que é gerenciamento sabe-se que há uma falta de preparo por parte dos mesmos, logo, vê-se a necessidade de criar situações para desenvolver maiores habilidades cognitivas, de apreensão das comunicações e entendimento das práticas prescritivas, resultando em uma boa atuação na enfermagem (VALENÇA, et al., 2016). Assim, Duarte, et al., (2016) coloca que, as limitações na enfermagem são diversas e na maioria das vezes atingem diretamente a assistência e a melhora do paciente podendo causar danos que retardam a alta hospitalar e a volta à vida comunitária. Para os autores, reconhecer a capacidade funcional e as limitações que esta imprime torna-se imprescindível na prevenção de ações errôneas, contribuindo, desta forma, para a promoção de uma assistência de qualidade. Apontam ainda, que é de fundamental importância que as instituições discutam e deem maior importância para as limitações da equipe de enfermagem no que diz respeito ao entendimento (compreensão) das terapêuticas, bem como, à condução de boas práticas de cuidado antecipando medidas adequadas que possam prevenir futuras falhas, incluindo capacitações, reuniões de equipe, educação permanente, estudos de caso, propostas de auto avaliação, dentre outras. Esta denúncia prevê a construção acadêmica de profissionais críticos e reflexivos, contribuindo, ainda, para o reconhecimento das deficiências da saúde da população e do meio onde estão inseridos (FRANCISCO, et al., 2016). A partir destas considerações, observa-se a importância do conhecimento conceitual e da avaliação do nível de Letramento Funcional em Saúde (LFS) por parte dos enfermeiros atuantes no contexto hospitalar, constituindo-se como um parâmetro fidedigno de entendimento das condições da população em obter, processar, compreender e adotar condutas em saúde provenientes dos diversos profissionais que realizam e prestam o cuidado aos usuários, obtendo maior segurança na gestão do cuidado ofertada pelo enfermeiro em atuação hospitalar. Avaliar o nível de LFS de uma população, bem como dos profissionais, pode se tornar fator de desenvolvimento de ações integrais, sendo que esta avaliação permite o conhecimento do perfil de compreensão em escrita e leitura e, também, de numeramento por parte da população em questão (ROMERO, et al., 2017). A não identificação do letramento funcional em saúde como um determinante importante ao assumir práticas e condutas, pode resultar em insatisfação terapêutica, bem como em falhas de comunicação importantes entre usuários e profissionais. (ROMERO, 2017). **OBJETIVO:** Discutir a importância do determinante letramento funcional em saúde nas ações de enfermeiros atuantes no contexto hospitalar. **METODOLOGIA:** trata-se de uma revisão narrativa construída durante o desenvolvimento de um trabalho de conclusão de curso<sup>1</sup> e contextualizada sob os

<sup>1</sup> Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem. O presente trabalho está intitulado “A Compreensão do Letramento Funcional em Saúde por Enfermeiros Atuantes no Contexto Hospitalar”, sob escrita e em fase de conclusão pela autora principal do presente resumo.

parâmetros do presente método. A presente revisão apresenta métodos de busca arbitrária e que pode apresentar interferência de percepção subjetiva, seguindo as características metodológicas constituídas para teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, dentre outros (CORDEIRO, et al., 2007). **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A gestão hospitalar é uma atribuição do enfermeiro, e está ligada ao serviço prestado com qualidade ao usuário. Percebe-se, que é muito ampla a atuação do enfermeiro em contextos hospitalares e vai muito além do cuidado ao paciente (SOARES, et al., 2016). O excesso de trabalho e o pequeno número de profissionais de saúde que atuam nas equipes de enfermagem são contributivos pelo desvio de funções da equipe, problematizando as atribuições do enfermeiro integrante da equipe multiprofissional (VALENÇA, et al., 2016). Dias, et al., (2014) evidencia o aumento pelo interesse científico no que diz respeito à segurança do paciente e erros de medicação. Para ele o enfermeiro é o principal responsável pela segurança no ambiente de trabalho, enaltecendo a sobrecarga de trabalho e a falta de cuidado na hora do preparo e administração dos medicamentos como “vilões” da assistência. Para isso, considera-se o entendimento e compreensão de ações terapêuticas por parte dos profissionais como fundamento potencial na garantia de práticas seguras e interlocuções saudáveis na díade trabalhador da saúde e usuários (ROMERO, 2017). A segurança do paciente é muito influenciada pelo comportamento do profissional de saúde, e consequentemente, pela maneira de como é o trabalho e a gestão organizacional da instituição (TOBIAS, et al., 2016). Considerando o cenário atual e a vasta atuação do enfermeiro, além da segurança nas propostas terapêuticas, considera-se imprescindível o conhecimento pelos enfermeiros sobre o LFS, destacando a busca por promoção da equidade nos espaços cuidadores. Assim, Sampaio et al., (2015) sugere que o LFS ultrapassa o conhecimento da escrita e leitura, mas como essas habilidades são usadas, no campo a saúde, por parte dos indivíduos e profissionais. Esta denúncia imprime a caracterização de que o indivíduo pode ter um bom nível de instrução (escolaridade), mas mesmo assim não entender as orientações sobre sua morbidade. Diante disso, a atenção do profissional enfermeiro é decisiva para nortear cardápios e fluxogramas, prevendo adequação das necessidades das populações que são atendidas e avaliadas (ROMERO, 2017). Não são só as habilidades básicas de letramento dos indivíduos que condicionam o letramento em saúde, mas uma interação envolvendo a informação, busca e a interpretação de um sistema (PASSAMAI et al., 2012). Para a IOM, (2013) o LFS é uma ferramenta para promover a qualificação dos indivíduos para assumirem o controle de sua saúde, optando por usar informações corretas para gerar proveitos pessoais e sociais, apoio para construir uma ação comunitária, base para desenvolver o humano e social. Assim, o letramento funcional em saúde pode ser um determinante para reformular políticas e práticas de diversos serviços voltados à saúde, no entanto sua mensuração deve ser baseada e aplicada em instrumentos confiáveis, para que os resultados possam oferecer benefícios e ferramentas para diminuir as diferenças em saúde, atribuídas ao insuficiente letramento em saúde (COOLINS et al., 2012). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Na gestão hospitalar promovida pela atuação do enfermeiro o LFS assume caráter de auto avaliação importante e torna-se parâmetro fidedigno nas propostas relacionadas à segurança do paciente, sua família e redes sociais, incluindo a corresponsabilização nas propostas terapêuticas assumidas neste contexto. Desta forma, pode-se inferir que a associação de ferramentas gestoras no cuidado hospitalar e frente às condições crônicas com o LFS pode contribuir para uma comunicação humanizada e integral promovendo, acima de tudo, comunidades mais saudáveis e potenciais educadores na construção de uma perspectiva gestora integral.

**Palavras-chave:** Alfabetização em Saúde; Enfermeiro; Gestão Hospitalar; Ensino de Enfermagem; Promoção da Saúde.

## REFERÊNCIAS

- CAMELO, S. H. H et al. Enfermeiros gerentes de um hospital de ensino: formação profissional, responsabilidades e desafios. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 04, n. 03, p. 1-6, 2016.
- CORDEIRO, A.M., et al. Revisão Sistemática – Uma revisão Narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007.
- DIAS, D. J. et al. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 866 – 873, 2014.
- DUARTE, S. da C. M. et al. Caracterização de erros na assistência de Enfermagem em Terapia Intensiva. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21 n. especial: 01-08. 2016.

FRANCISCO, A. N. Avaliação da formação de enfermeiros: o reflexo dos métodos de ensino-aprendizagem e pressupostos curriculares na prática profissional. **Avaliação (Campinas)**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 479-502, jul. 2016.

IOM - Institute of Medicine. **Health literacy**: improving health, health systems, and health policy around the world: workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press; 2013. 235p.

MEDEIROS, D. M. L. A. de M. **Letramento e Trabalho**: um estudo sobre práticas de letramento de profissionais da saúde no curso de formação para maternidade. 2016. Mestrado (Mestrado em Estudos da Linguagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós Graduação em Estudos de Linguagem. Natal. 2016.

PASSAMAI, M.P.B.; Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 301-314, 2012 .

ROMERO, S. S.; **Letramento Funcional em Saúde de idosos**. 2017. Mestrado. (Mestrado em Envelhecimento Humano) - Universidade de Passo Fundo. Faculdade de Educação Física e Fisioterapia. Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano. Passo Fundo, 2017.

ROMERO, S.S.; SCORTEGAGNA, H. M. de.; DORING. M. Letramento Funcional em Saúde e Envelhecimento Humano. In: COMIN, C.O. et al. (Org). **Doenças Crônicas**: Perspectivas. 13 ed. Passo Fundo: Berthier, 2017. p. 167-178.

SAMPAIO, H.A. de C; et al. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 865-874, 2015.

SOARES, M. I; et al.–O conhecimento gerencial das enfermeiras no ambiente hospitalar. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 1 – 8, 2016.

TOBIAS, G. C.; et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do paciente em hospital universitário. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 3, p. 1071-1079, mar. 2016

VALENÇA, C. N. **Vivências dos profissionais da enfermagem sobre procedimentos executados no hospital Universidade Federal do Rio Grande do Norte**. Santa Cruz/RN, Brasil. 2016.

## **A PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE SOB A ÓTICA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM – a experiência de formandos em enfermagem da URI Erechim**

Adriana Da Costa, Andressa Vedovatto, Samuel Salvi Romero, Josilei Colossi, Luciele Regina Kammler, Marcia Adriana Paliga

Área Temática: Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**Introdução:** O SUS é constituído por todas as ações e serviços de saúde que são realizados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, pela administração direta e indireta e pelas fundações mantidas pelo poder público (MATOS, 2000). É regido por princípios e diretrizes e estes são organizados em doutrinários como a universalidade; integralidade e equidade e organizativos como a descentralização, regionalização, hierarquização e controle social. Por meio do entendimento proposto pelo SUS as características passaram a ser constituídas com base na igualdade de acesso e em olhares subjetivos que compreendessem, sobretudo, as singularidades dos usuários do Sistema. Este entendimento subsidia a discussão sobre a equidade em saúde na atenção básica brasileira. Com base nesta descrição, pode-se compreender que a equidade em saúde não se trata apenas de espaço ou serviço para todos, mas a garantia de um olhar para a identidade do usuário e, assim, produzir cuidado real e necessário a ele e à sua família, observando suas condições físicas, sociais, intelectuais, mentais, dentre outras (PAIM; SILVA, 2010). A equidade em saúde provoca, contudo, no profissional da saúde a sensibilidade em reconhecer potencialidades e limitações dos usuários e utilizá-las nas condutas dos processos terapêuticos, inclusive, como base. **Objetivo:** relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem acerca da promoção da equidade em saúde durante o estágio supervisionado IIB. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de acadêmicos do décimo semestre do curso de graduação em enfermagem frente à promoção da equidade em saúde na atenção básica. Esta ferramenta foi observada durante as práticas da disciplina de estágio supervisionado IIB desenvolvidas em uma Unidade Básica de Saúde de um município de médio porte da região norte do estado do Rio Grande do Sul. Este estágio foi desenvolvido no segundo semestre do ano de 2017. Para construir o presente relato foram proporcionadas observações mediadas por profissionais da equipe multiprofissional da saúde, orientadores e acadêmicos, ainda, com base em buscas bibliográficas relacionadas à temática, estudos em sala de aula e experiências pessoais. **Resultados e discussões:** Ao longo da vivência do estágio supervisionado IIB foi constatado um conjunto de diversidades socioeconômicas das famílias atendidas, sendo classificadas em classe média alta, classe média e classe baixa, onde estas possuem diferentes vulnerabilidades. Para fundamentar nossa reflexão, partimos da classificação (ABEP, 2015) que explicita as classes A1, A2, B1, C, D-E a partir de um conjunto de variáveis que contempla o padrão construtivo das residências, o acesso a serviços de saneamento, o nível educacional da pessoa de referência, entre outros. Podemos perceber que devido às características e vulnerabilidades de cada pessoa e família do bairro, se faz necessária a aplicação de ferramentas profissionais e acadêmicas que possam promover equidade por meio de atendimentos diferenciados conforme a necessidade de cada indivíduo. Diante deste cenário, observa-se a recorrente dificuldade dos profissionais em diferenciar os termos equidade e igualdade, dificultando o fortalecimento do princípio equidade em saúde nos atendimentos e na oferta dos serviços disponibilizados em cardápios e fluxogramas, em sua maioria, verticalizados e médico centrados. Esta lacuna existente entre a políticas e as produções no território desconstroem encontros e possibilidades e ferem sentidos integrais da assistência à saúde. O que difere igualdade de equidade são as prioridades que devem ser estabelecidas à população, ou seja, o acesso aos serviços de saúde é garantia de todos, porém algumas pessoas necessitam de serviços que devem ser prioritários em determinado momento e constituídos mediante a avaliação integral dos usuários a que serão ofertados, caracterizados por diferenças humanamente reconhecidas. A equidade é um dos princípios doutrinários do SUS e está diretamente ligada ao conceito de justiça, em sua caracterização mais genuína e humana (LEMOS, 2014). A reforma brasileira implantada no final dos anos 80 no sistema de saúde brasileiro trouxe não só a garantia do direito à saúde, mas também a noção da equidade na distribuição dos recursos da saúde. Parte da ideia de respeito às necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social e do reconhecimento que as diferentes condições de vida, habitação, trabalho, renda e de acesso à educação, lazer, cultura e serviços públicos impactam na

saúde. Durante o período de estágio os acadêmicos tiveram percepção do verdadeiro significado da equidade observando sua importância no atendimento observado e prestado. Após a sua compreensão foi possível realizar ações englobando os princípios do SUS, possibilitando um atendimento qualificado. Porém a promoção da equidade não pôde ser aplicada integralmente pelos acadêmicos devido a limitações encontradas no sistema de saúde, como falta de recursos e insumos, grande demanda de atendimentos indicados ao grupo pela equipe da UBS (em sua maioria técnicos sem a visibilidade da ação integral e longitudinal prevista pela legislação em saúde vigente) e falta de compreensão dos profissionais sobre o termo, além da mecanização dos procedimentos promovidos e a insignificância atribuída às tecnologias leves em saúde. O atendimento prestado à população é realizado de acordo com o fluxo preestabelecido pela gestão e coordenações atuais. Esta organização e planejamentos acabam não permitindo a implementação da totalidade de ferramentas que poderiam ser utilizadas diariamente para se promover equidade no mais diversos encontros. É importante reconhecer que todos precisam de atenção, porém o mesmo trabalho não será realizado para todos. O resgate de fundamentos que norteiam a constituição do Sistema Único de Saúde poderia ser considerado nas reuniões de equipe, reuniões de rede, nas educações permanentes, nas propostas de educação em saúde, assim como, na organização de projetos terapêuticos singulares, cadeias de matriciamento e profundas avaliações profissionais. Conclusão: O estágio supervisionado IIB proporcionou aos discentes a compreensão da dificuldade da promoção da equidade em espaços de saúde e práticas profissionais, especialmente na atenção básica. Esta realidade possibilitou aos acadêmicos reflexões intensas e que podem nortear construções profissionais, pessoais e humanas, compreendendo, acima de tudo, que ao se constituir encontros em saúde as avaliações integrais são imprescindíveis para se alcançar resolubilidade, acesso e satisfação em saúde. É de extrema importância que os acadêmicos de enfermagem e trabalhadores da área da saúde tenham conhecimento sobre esse assunto para que ocorra eficiência, efetividade e eficácia nos resultados alcançados. Contudo, experiências como a descrita inferem novas buscas, aproximações, estudos, preparo e humanização frente à assistência dos usuários do SUS.

**Palavras-chave:** Equidade em Saúde; Enfermagem Comunitária; Estudantes de Enfermagem; Promoção da Saúde; Sistema Único de Saúde.

#### REFERÊNCIAS:

PAIM, J. S; SILVA, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Boletim do Instituto de Saúde**, v.12, n. 2, p. 109-114. 2010.

MATOS, C. A. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. - Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf) Acesso em: 30/09/2017.

SOUZA, R. R. Políticas e práticas de saúde e equidade. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 41, p.765-770. 2007.

LEMONS, Suyane de Souza. **Planejamento, implantação e gestão de um curso a distância a partir da percepção dos enfermeiros da atenção básica sobre a integralidade na saúde**. 2014. 113 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2014. Disponível em:

< <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/124088/000830202.pdf?sequence=1&isAllowed=y> > Acesso em: 30/09/2017.

VIANA, A.L.A. Política de Saúde e Equidade. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17 n. 1, p. 58-68, jan./mar. 2003.

## A SOBREVIVÊNCIA AO CÂNCER: VIVÊNCIAS DE IDOSOS E DESAFIOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE

Brustolin, A.M.<sup>1</sup>; Ferreti, F.<sup>2</sup>; Bergamo, B.<sup>3</sup>; Bandurka, J.<sup>3</sup>; Romero, S.S.<sup>4</sup>

Área Temática: Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** A palavra sobrevivência tem vários significados, dependendo do ponto de vista de cada um (profissional, paciente e família). A definição do conceito de sobrevivência foi ampliada com o objetivo de tentar transformar o comportamento do paciente passivo e vitimado em outro mais proativo e esperançoso no combate à doença. Desse modo, o termo sobrevivência é descrito em relação aos atos para manter-se vivo, não importa o que aconteça. É um caminho que começa quando a pessoa recebe o diagnóstico de câncer, e continua para toda a vida. Estende-se para além das restrições e tempo do tratamento, baseando-se num conceito dinâmico, sem limites artificiais (MUNIZ; ZAGO; SCHWARTZ, 2009). **OBJETIVO:** Identificar as percepções de idosos sobreviventes frente à etapa de sobrevivência ao câncer. **METODOLOGIA:** Pesquisa qualitativa centrada no método da história oral temática desenvolvida em uma cidade do oeste de Santa Catarina de novembro de 2014 a janeiro de 2015, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNOCHAPECÓ sob parecer nº 909.718, de 9 de dezembro de 2014. Os colaboradores do estudo foram quatro idosos sobreviventes ao câncer por mais de cinco anos: dois homens sobreviventes ao câncer de próstata, com idades de 76 e 81 anos, e duas mulheres sobreviventes ao câncer de mama, uma com 73 e outra com 74 anos. Todos foram selecionados por meio de pesquisa em prontuários no ambulatório de oncologia de referência da cidade do estudo. Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Foram realizados cinco encontros com cada colaborador, sendo o primeiro para uma aproximação inicial, o segundo, o terceiro e o quarto para a realização da entrevista e o quinto para a validação das entrevistas. Os colaboradores autodenominaram-se por subjetivos relacionados a mecanismos de enfrentamento. **RESULTADOS:** Após as etapas de transcrição, textualização e transcrição, as histórias passaram por análise de conteúdo temática, emergindo as seguintes categorias: Sobrevivência: singularidades do paciente oncológico; O medo da recidiva e O (não) acompanhamento do sistema de saúde. Na primeira categoria emergem as subjetividades relacionadas à etapa de sobrevivência ao câncer: Hoje, sinto-me uma sobrevivente do câncer. Porque estou viva! Fazem cinco anos que não tenho mais nada, faço os exames e não aparece mais nada, estou limpa há cinco anos. Apesar de todas as sequelas, resisti, sobrevivi e vou lutar para viver. [...] Eu estou viva! (Família, 73 anos). A segunda categoria trata do medo da recidiva do câncer: O que tive me marcou muito, foi um impacto enorme na minha vida, tão grande que algumas marcas ainda não cicatrizaram, sobrevivi, estou bem fisicamente, mas, emocionalmente, preciso de ajuda, preciso que meu coração pare de sangrar por causa disso, senão meu corpo adoecerá de novo, tenho medo de que o câncer volte. Ao mesmo tempo que me sinto muito feliz por ter sobrevivido, tenho essa pulga atrás da orelha [...]. (Família, 73 anos). A terceira categoria foi marcada pela falta de acompanhamento no período após o tratamento: Depois do término da “radio” eu não voltei mais neste setor, não tive indicações e nem solicitação para fazer acompanhamento [...]. Agora faço acompanhamento com a ginecologista, não voltei mais no oncologista porque não atende mais pelo meu plano e no mastologista não fui mais [...]. (Garra, 74 anos).

<sup>1</sup> Enfermeira. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI Câmpus de Erechim/RS). Mestre em Ciências da Saúde pela UNOCHAPECÓ. Integrante do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Etnia; Educação; Saúde e Trabalho do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde (NECSS) do curso de Graduação em Enfermagem da URI Câmpus Erechim.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva (UNIFESP). Coordenadora do Mestrado em Ciências da Saúde (UNOCHAPECÓ).

<sup>3</sup> Acadêmicas do 8º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim, integrantes do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Etnia; Educação; Saúde e Trabalho do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde (NECSS) do curso de Graduação em Enfermagem da URI Câmpus Erechim.

<sup>4</sup> Enfermeiro. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI Câmpus de Erechim/RS). Doutorando em Saúde Coletiva (UNISINOS). Mestre em Envelhecimento Humano (UPF). Integrante do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Etnia; Educação; Saúde e Trabalho do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde (NECSS) do curso de Graduação em Enfermagem da URI Câmpus Erechim.

**DISCUSSÃO:** A experiência de ser sobrevivente só é vivida em toda a sua complexidade pela pessoa que vivencia essa realidade. O sobrevivente pode estar livre da doença, viver com doença crônica ou recorrente, estar em sofrimento físico ou psicológico, mas ainda assim é um sobrevivente. O fim do tratamento do câncer não quer dizer o fim da experiência de ter câncer. Assim, a vida cotidiana com a segurança de outrora, a partir do câncer, é substituída pelo medo e a incerteza do amanhã. Surge a necessidade de o indivíduo dar sentido a essa experiência e elaborar formas para lidar com a sua nova condição, e continuar a viver (MUNIZ; ZAGO; SCHWARTZ, 2009). Neste âmbito, os sobreviventes ao câncer representam uma nova realidade nos serviços de saúde. A exigência dirigida à equipe de saúde é ampliada, sugerindo um incremento das intervenções com foco nos processos educacionais e apoio psicossocial à pessoa e família, com vistas ao bem-estar e qualidade de vida após a vivência do câncer (PINTO; PAIS-RIBEIRO, 2007). Os sobreviventes convivem com a tenuidade de estarem livres da doença e com os riscos de complicações ou sequelas. É importante ressaltar que sobreviver à doença não significa unicamente a cura física; daí a necessidade de reconhecermos que o sucesso do tratamento transcende a esfera biológica, estendendo-se para a dimensão existencial, que inclui inúmeras esferas do existir humano (WHITAKER, 2013). Conforme Soares, Santana e Muniz (2010), o câncer altera toda uma existência e representa a imposição de se viver com uma doença que traz consigo uma série de angústias e possíveis modificações no existir. A doença obriga a pessoa a se acomodar às limitações e alterações orgânicas advindas dessa nova condição e impõe um novo modo de viver, de “estar no mundo” e se relacionar com ele. Ela provoca mudanças concretas e objetivas, como a alteração dos hábitos de vida, as restrições físicas, a dependência dos outros, os efeitos secundários ao tratamento, além de mudanças subjetivas, como as limitações pessoais, a perda de autonomia, a desesperança e a sensação de impotência e isolamento (SALCI; MARCON, 2011). Conforme Antunes (et al, 2011), os avanços tecnológicos permitem aumentar a esperança para uma melhor qualidade de vida e de cura. Porém, a tecnologia e o tratamento são insuficientes para dar conta da multidimensionalidade do viver do ser humano com câncer. Neste sentido, estar curado revela-se em suas novas significações, ao retomar o controle de sua vida. A cura e sobrevivência é um modo de ressignificar o que foi sendo construído ao longo da trajetória e história de cada sobrevivente ao câncer. Portanto, a história oral dá voz às pessoas para que com suas próprias palavras reescrevam seu passado, ajudando-as a ressignificar e superar aspectos negativos dessas vivências (THOMPSON, 1992). Por sua magnitude, complexidade e gravidade, o câncer pode ser considerado um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e tal fato gera a necessidade de se adotar medidas diversas, quer de educação e promoção da saúde, quer de diagnóstico e tratamento oncológico. Para tanto, é necessário concentrar esforços numa ação conjunta, a fim de compatibilizar as diferentes necessidades apresentadas com os recursos disponíveis, uma tarefa tão difícil quanto imprescindível (CORREA et al, 2011).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Existem desafios e entraves a serem superados no cotidiano das práticas de cuidado na atenção oncológica, dentre eles, a falta de informação para a busca de acompanhamento na fase de sobrevivência. Ao analisar as histórias dos colaboradores fica evidente que esses não receberam orientação e suporte de contra referência, sendo que todos de uma forma ou outra encontraram dificuldades em saber por qual caminho trilhar a fim de evitar as recidivas e cada um buscou mecanismos próprios para o enfrentamento dessa possibilidade.

**Palavras-chave:** Vivências; Idoso; Câncer; Sobrevivência.

## REFERÊNCIAS

- ANTUNES, M. et al. Repercussões do tratamento quimioterápico para a pessoa idosa. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, jan./jun. 2011.
- CORREA, M. C. et al. Diretrizes para a atenção oncológica no estado de São Paulo: contribuições para o debate. **BEPA: Bol. epidemiol. paul.**, São Paulo, v. 8, n. 92, ago. 2011.
- MUNIZ, R. M.; ZAGO, M. M. F.; SCHWARTZ, E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. **Texto & Contexto Enferm**; Florianópolis, v. 18, n. 1, mar. 2009.
- PINTO, C; PAIS-RIBEIRO, J. L. Sobrevivente de câncer: uma outra realidade. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, jan./mar. 2007
- SALCI, M. A; MARCON, S. S. Após o câncer: uma nova maneira de viver a vida. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 374-83, abr./jun. 2011.

- SOARES, L; SANTANA, M. G; MUNIZ, R. M. O fenômeno do câncer na vida de idosos. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 9, n. 4, p. 660-667, out./dez. 2010.
- THOMPSON, P. **A voz do passado: História Oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- WHITAKER, M. C. O. et al. A vida após o câncer infantojuvenil: experiências dos sobreviventes. **Rev. Bras. Enferm**; Brasília, v. 66, n. 6, dez. 2013.

## ACIDENTES DE TRÂNSITO NA CIDADE DE ERECHIM: UM OLHAR DA ENFERMAGEM

Pedroski, G.F<sup>1</sup>; Brock, F.<sup>2</sup>; Colossi, J.<sup>3</sup>; Vedovatto, A.<sup>4</sup>; Tormen, F.C.<sup>5</sup>

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde  
 Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** Os acidentes de trânsito já se tornaram parte do nosso cotidiano, praticamente já nos acostumamos a conviver diariamente com essa tragédia anunciada. As causas vão desde a estrutura viária, problemas relacionados ao veículo, somado ao fator humano que se caracteriza por ser disparadamente a principal causa para os acidentes de trânsito. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) o Brasil é o quarto colocado em número de mortes, registrando em média 47 mil todos os anos e deixando mais de 400 mil pessoas com algum tipo de seqüela (LAJOLO, 2017). Os custos dessa epidemia ao país, apontado por um levantamento do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas é de R\$ 56 bilhões. Para o Sistema Único de Saúde esses gastos giram em torno de R\$ 240 milhões por ano (IPEA, 2015). Para minimizar esse grave problema de saúde pública, governos de todo o mundo inclusive o Brasil, estão engajados em ações diversas, com um único objetivo, reduzir o número de vítimas de acidentes no trânsito. Uma delas é a Década de Ação pela Segurança no Trânsito, lançada em 2011 pela Organização das Nações Unidas (ONU) e que se estenderá até 2020 tendo como meta, reduzir em 50% o número de vítimas no trânsito. Para aderir ao Plano de Ação o Ministério da Saúde lançou o Pacto Nacional pela Redução dos Acidentes no Trânsito, contudo, essas ações todas não trarão resultados positivos se não for possível conscientizar a população. Silva et al, 2009 afirmam que para reduzir as ocorrências e promover a civilidade no trânsito, é preciso tratar do problema de maneira multidisciplinar pois envolve questões sociais, econômicas, laborais e de saúde, onde a presença do estado de forma isolada e centralizadora não funciona. Sendo assim, a atuação da enfermagem nesse contexto também se faz necessária, uma vez que estamos constantemente envolvidos com os reflexos desse problema. Por ser uma das maiores preocupações de diversos setores, o desafio está em encontrar soluções que possam reduzir esses índices e para que isso aconteça são necessários estudos que possibilitem compreender esses eventos, ajudando a prevenir ou reduzir sua ocorrência. Dessa forma surge a iniciativa no meio acadêmico de realização de uma pesquisa com vistas ao reconhecimento de fatores que contribuem para os acidentes de trânsito na cidade de Erechim-RS. **OBJETIVO:** Apresentar um recorte parcial dos dados da pesquisa, relacionando o número total de acidentes com a tipologia e suas conseqüências, apontando para os períodos de maior acidentabilidade, as condições meteorológicas presentes, bem como categorizar os principais fatores associados à ocorrência desses eventos. **METODOLOGIA:** Os dados apresentados foram obtidos através de análise criteriosa do Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito (BOAT) e correspondem ao mês de agosto de 2017. A coleta se deu junto às dependências do 13º Batalhão da Polícia Militar e do Departamento de Trânsito da cidade de Erechim. A referida pesquisa passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus Erechim, onde obteve parecer favorável sob nº 1.996.419. Após aprovação do projeto, foram entregues os

<sup>1</sup> Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI-Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde e bolsista de Programa de Iniciação Científica (PIC).

<sup>2</sup> Enfermeiro. Mestre em Envelhecimento Humano pela UPF-RS. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>3</sup> Acadêmica do 10º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- URI Erechim.

<sup>4</sup> Acadêmica do 10º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem - GESE, do núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>5</sup> Acadêmica do 6º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

termos de autorização e os termos de compromisso de utilização de dados em ambas as instituições. Mediante consentimento dos seus representantes legais, iniciou-se a fase de coleta de dados. A fim de atender aos objetivos especificados, trabalhou-se com o apoio dos softwares SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) e Microsoft Excel, 2013. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Conforme análise preliminar foi possível constatar que no mês de agosto de 2017, foram registrados na cidade de Erechim um total de 132 acidentes de trânsito, lembrando que foram consideradas apenas as ocorrências atendidas pelo 13º Batalhão da Polícia Militar e pelo Departamento de Trânsito, ficando fora da somatória os acidentes atendidos por outros órgãos como é o caso do trecho da BR 153 que corta a cidade. Dentre os principais tipos de acidentes, houve uma predominância nas colisões traseiras seguidas pelo abalroamento lateral no mesmo sentido e pelo abalroamento transversal. Quanto ao tipo de veículo, os automóveis aparecem envolvidos na maioria dos acidentes. A motocicleta por sua vez, não tem participação muito expressiva, em contrapartida apresentam repercussões mais sérias. O estudo apontou que 65% do total de vítimas eram motociclistas e/ou passageiros. Os acidentes de trânsito, em especial com motos, trazem consequências para a comunidade como um todo, visto que são geradores frequentes de lesões físicas sobrecarregando o Sistema Único de Saúde, culminando em gastos públicos expressivos, incapacitando pessoas temporária ou definitivamente e por vezes levando a morte. Quanto ao turno e as condições de iluminação no momento do acidente, verifica-se que o período da noite foi o que menos produziu acidentes em comparação com o período do dia. Dos 132 acidentes registrados, 106 aconteceram no período do dia e 26 no período da noite. Já os horários de maior acidentabilidade coincidem com os períodos de pico. Com relação às condições meteorológicas, verificou-se que a maioria dos acidentes foram registrados sob condições climáticas favoráveis, ou seja, 104 dos 132 acidentes aconteceram com sol e pista seca. Isso vem ao encontro das estatísticas quando expressam que a maioria dos acidentes acontecem de dia e com tempo bom. Quanto aos fatores envolvidos, a falha humana aparece disparadamente como sendo a principal causa dos acidentes de trânsito. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A breve pesquisa confirma o que as estatísticas apontam quando dizem que a maioria dos acidentes de trânsito poderiam ser evitados, pois estão relacionados diretamente com as atitudes e com as condutas dos motoristas. É inegável que a saúde pública está ruim e associado ao crescente número de acidentes de trânsito, se não forem tomadas medidas preventivas certamente a situação tende a piorar consideravelmente. Se voltarmos o nosso olhar para os elevados gastos públicos gerados pelos acidentes de trânsito, seja por tratamentos prolongados, resgates de vítimas, indenizações, pensões por invalidez é um tanto quanto compreensível a atual situação econômica do país, sem deixar de lado é claro, toda a questão da dor da perda e da superação tanto por parte das vítimas quanto de seus familiares. Essas medidas preventivas além da salvarem vidas, significam economia, ou seja, um melhor investimento do dinheiro público. Dentro desse contexto, a enfermagem pode atuar através do exercício de seu papel no que tange a prevenção dos acidentes de trânsito, utilizando-se da educação em saúde como ferramenta do seu processo de trabalho visto que, o Código de Trânsito Brasileiro possui um capítulo dedicado exclusivamente à educação para o trânsito. Através de ações baseadas na interdisciplinaridade acredita-se ser possível mudar esse cenário construindo assim um trânsito mais seguro. É fato que o desafio é grande, visto que mudar comportamentos humanos exige muito esforço e dedicação. Seria um tanto quanto insano imaginar uma cidade do porte de Erechim sem acidentes de trânsito, contudo, o que não dá é para acostumar-se com essa realidade sem ao menos buscar possíveis soluções.

**Palavras-chave:** Acidentes de Trânsito. Educação em Enfermagem. Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

- IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Estimativa dos Custos dos Acidentes de Trânsito no Brasil com Base na Atualização Simplificada das Pesquisas Anteriores do Ipea.** Brasília: Ipea, 2015. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7456/1/RP\\_Estimativa\\_2015.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7456/1/RP_Estimativa_2015.pdf)> Acesso em: 06/10/2017.
- LAJOLO, M. Trânsito no Brasil mata 47 mil por ano e deixa 400 mil com alguma sequela. **Folha de São Paulo.** São Paulo, 31 mai. 2017. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2017/05/1888812-transito-no-brasil-mata-47-mil-por-ano-e-deixa-400-mil-com-alguma-sequela.shtml>> Acesso em: 07/10/2017.

SILVA, R.M.M.; RODRÍGUEZ, T.D.M.; PEREIRA, W.S.B. Os acidentes de trânsito em Porto Velho: uma epidemia que afeta o desenvolvimento regional. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**. v. 5, n. 2, p. 163-185, mai-ago/2009, Taubaté, SP. Disponível em: <  
<http://www.rbgdr.net/022009/artigo7.pdf>> Acesso em: 07/10/2017.

## ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA NA FAIXA ETÁRIA DE 05 A 10 ANOS PELOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF<sup>1</sup>

BANALETI, Patrícia<sup>2</sup>; VEDOVATTO, Andressa<sup>3</sup>; REMPEL, Sara<sup>4</sup>; DENTI, Irany<sup>5</sup>; BROK, Felipe<sup>6</sup>; MANFREDINI, Cibele<sup>7</sup>

**Resumo:** Em nossa prática assistencial percebemos que as crianças ao atingirem a idade de cinco anos afastam-se da Unidade Básica de Saúde (UBS) de forma regular, dificultando assim o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento. Acreditamos que isto ocorra em função destas crianças já terem completado o calendário básico de vacinas e passam a frequentar a escola. As peculiaridades de cada ser (faixa etária, etnia, etc.) têm de ser vistas e compreendidas não se diferenciando no cuidar, assim a criança tem assegurado como direito, através do ECA, o atendimento integral a saúde em todas as faixas etárias. Para tal o enfermeiro deve atuar no acompanhamento e avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança a fim de evitar agravos à saúde. A consulta de enfermagem segundo Oliveira e Cadette (2009), é uma atividade incorporada às ações de atenção primária, considerando que constitui um modelo assistencial adequado às necessidades de saúde da população, de grande importância para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Deve ser realizada de forma sistemática, acompanhando as etapas do processo de enfermagem. Diante disto realizamos um estudo com o objetivo de conhecer como ocorre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na faixa etária de 05 a 10 anos pelos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família (ESF). Este tem caráter exploratório com abordagem qualitativa. Foi realizado com doze enfermeiros atuantes nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município localizado ao norte do estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada com questões norteadoras que ocorreram após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Segundo as participantes, o acompanhamento e desenvolvimento de crianças de 05 a 10 anos ocorrem principalmente através de ações realizadas em parceria com a educação dentro da proposta do Programa Saúde na Escola, tais como pesagem, avaliação da altura e do calendário vacinal, realizando encaminhamentos, conforme a necessidade, a outros profissionais. O acompanhamento da criança prevê várias consultas durante os primeiros anos de vida. Após os 05 anos são previstas consultas a cada seis meses para que se possa ter um bom acompanhamento da criança (SÃO PAULO, 2010). Ao longo do ciclo de vida, a vigilância em saúde das crianças, adolescentes e jovens é responsabilidade das equipes de Saúde da Família (ESF), às quais compete realizar periodicamente a avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão nas escolas inseridas em seus territórios. Frente às necessidades de saúde identificadas, as ESF devem se articular com a rede de serviços de saúde, com o setor Educação e com outros articuladores na comunidade, para a elaboração de planos terapêuticos integrais e integrados para a resolução das necessidades e dos problemas detectados (BRASIL, 2009). As enfermeiras relataram que o

<sup>1</sup> Parte integrante de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim.

<sup>2</sup> Enfermeira graduada no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim.

<sup>3</sup> Acadêmica do décimo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde. Bolsista PIIC/URI.

<sup>4</sup> Acadêmica do oitavo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>5</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela UFSC – SC. Doutor em enfermagem. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>6</sup> Enfermeiro. Mestre em Envelhecimento Humano pela UPF – RS. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>7</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho com Ênfase em Estratégia da Saúde da Família pela UNIVALI –SC. Doutoranda em Saúde da Criança pela PUC – RS. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

acompanhamento a esta faixa etária também ocorre durante a procura destes, por assistência na UBS, onde é realizada a consulta de enfermagem, a pesagem da Bolsa Família e articulações do programa SISVAN. Os Agente Comunitário (ACS), realizando busca ativa e visitas domiciliares. Conforme a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012), que aborda as atribuições dos profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família, são atribuições específicas do enfermeiro da Saúde da Família: realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar quando necessário, usuários a outros serviços; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; planejar, gerenciar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS. As principais dificuldades encontradas no acompanhamento das crianças de 05 a 10 anos pelas enfermeiras nesta pesquisa foram: a migração, onde a família muda muito de endereço dificultando a realização de um bom acompanhamento; falta de procura pela UBS, assim como baixa adesão em consultas médicas, odontológicas e de enfermagem e grupos educativos realizados; a falta de relatos concretos dos fatos ocorridos por parte dos pais devido ao medo de expor o caso; trabalho integral dos pais dificultando que eles venham até a unidade com a criança para o atendimento. Sabemos o quanto é importante à participação dos pais no acompanhamento do desenvolvimento e crescimento das crianças, bem como para a resolutividade dos encaminhamentos. Os pais também têm papel importante na hora de efetivar as ações de educação repassadas pelos educadores nas escolas, sem a colaboração destes de nada valerá as orientações passadas. Segundo os participantes, as ações mais importantes no acompanhamentos do crescimento e desenvolvimento são: incentivo intelectual e realização de trabalhos educativos nas escolas; o acompanhamento educacional por faixa etária; o acompanhamento dos ACS, através de visitas domiciliares, onde os mesmos trazem os problemas, elas avaliam e realizam os encaminhamentos necessários; o Programa Saúde do Escolar; a realização de grupos em sala de espera, para trazer informações e orientações que fazem parte da educação em saúde; o acompanhamento da carteira de vacinas, da alimentação saudável e do peso, altura avaliando questões gerais de saúde e higiene e a de promoção da saúde, desde os aspectos psicológicos, orgânicos e bucal, abranger a saúde como um todo. A Promoção da Saúde vai além do estilo de vida saudável e não é responsabilidade específica do setor saúde. A família, aliada ao profissional da saúde, deve comprometer-se em prestar assistência ao seu filho, estando ele sadio ou doente (VASCONCELOS et al., 2012). Com este estudo percebemos que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 05 a 10 anos possui muitas barreiras, mas com programas como o PSE, é possível visualizar mudanças nas ações e uma oportunidade concreta de acompanhamento destas crianças. Desta forma entendemos que o papel do enfermeiro seja na ESF, no PSE, na Bolsa Família ou nas Unidades Básicas de Saúde é fundamental para que as crianças desta faixa etária tenham um melhor acompanhamento em seu desenvolvimento. Para isto são necessários mais estudos referentes ao assunto e ações e ou políticas públicas que venha a ampliar esta assistência.

**Palavras chave:** Enfermagem Pediátrica. Saúde Escolar. Antropometria.

#### REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde, 2012.
- SÃO PAULO (Estado) Secretaria da Saúde. **Programa de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente**: Protocolo de Enfermagem. Ribeirão Preto, SP. 2010.
- VASCONCELOS; et al. Percepções de mães na consulta de Puericultura. **Esc Anna Nery** abr-jun; v. 16, n. 2, p. 326-331, 2012.



OLIVEIRA, V. C.; CADETTE, M. M. M. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.3, p. 301-306, mai./jun. 2009.

## ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA PREVENÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS EM PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

VOCZ, Steffany<sup>1</sup>; KESSLER, Fabiane<sup>2</sup>; OLDRA, Diana<sup>3</sup>; BERNARDI, Daniela<sup>4</sup>; FIORENTIN, Karine<sup>5</sup>; CANTELE, Adriana B.<sup>6</sup>

**Introdução:** Indivíduos na sua totalidade, são afetados por problemas de saúde mental, interrompendo aspectos de suas vidas sociais e pessoais como: trabalho, relacionamentos, saúde física e padrão de vida. Alguns sintomas são promovidos pelo uso da medicação, porém, poucas vezes é suficiente para que se garanta uma vida gratificante dentro da comunidade. Para os indivíduos portadores de transtorno mental, que tomam medicação psicotrópica, a Gestão Autônoma de Medicamentos (GAM) disponibiliza algumas práticas de suporte, para que os mesmos possam perceber as mudanças necessárias e após, mobilizar recursos existentes para garantir que seus medicamentos irão contribuir para seu bem-estar. É um processo que precisa de diálogo entre o usuário, família e profissionais da saúde (DEL BARRIO, 2013). Conforme Miasso, 2012, diante da complexidade da adesão ao tratamento medicamentoso, é necessário que profissionais da área da saúde mental possuam amplo conhecimento acerca das diferentes modalidades terapêuticas, para que se possa atender as reais demandas do paciente. Em estudo realizado por Ibanez (2014) na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, com pacientes em depressão, a continuidade da terapêutica medicamentosa foi considerada desgastante devido aos efeitos colaterais, a longa duração do tratamento, outrossim pela necessidade da não utilização de outras substâncias psicoativas. Neste estudo foi verificado ainda que grande número de pacientes não conhecia o esquema terapêutico que estava sendo utilizado, podendo haver comprometimento na adesão, pois entende-se que para o uso adequado das drogas, se faz necessário conhecer a prescrição. Enfermeiros devem ser devidamente preparados, conscientizados e motivados para desempenhar a educação em saúde de forma atualizada, efetiva e individualizada, considerando as necessidades, limitações, potencialidades e interesses do paciente. **Objetivo:** Enfatizar aos usuários a importância do uso da medicação, bem como observar como se comportam diante da não adesão a terapêutica medicamentosa. **Metodologia:** tratou-se de um resumo expandido, realizado em um centro de atenção psicossocial-CAPS II, de um município do norte do Rio Grande do Sul. Os participantes eram portadores de transtorno mental, do turno da manhã sendo que 3 do sexo masculino e 13 do sexo feminino. Foi realizado no período de 11 a 19 de setembro de 2017, através de uma palestra sobre adesão a terapêutica medicamentosa, foram elaborados questionamentos, os quais foram realizados após a explanação oral e os mesmos foram registrados manualmente para posterior análise. As questões se basearam em: quem usa medicação; quem toma no CAPS, e quem toma em casa; para tomar, você precisa de auxílio; como se sente ao ficar sem usar a medicação. **Resultados e Discussões:** O grupo estudado foi composto por 16 pacientes portadores de transtornos mentais, sendo 3 do sexo masculino e 13 do sexo feminino. Todos relataram que faziam o uso de medicação, sendo que 13 deles além de receber a medicação no CAPS também faziam o uso em casa. Quanto ao uso de medicação injetável 4 pacientes se manifestaram. Quando questionados se tomavam a medicação sozinhos 11 deles afirmaram que sim, e 5 relataram precisar de ajuda de algum familiar, como esposo, irmão, filha, sobrinho, vizinhos entre outros. A abordagem Gestão Autônoma de Medicamentos para os usuários que

<sup>1</sup> Acadêmica do 4º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI

<sup>2</sup> Acadêmica do 4º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI

<sup>3</sup> Acadêmica do 4º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI

<sup>4</sup> Acadêmica do 4º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI

<sup>5</sup> Acadêmica do 4º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI

<sup>6</sup> Enfermeira. Especialista. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

tomam medicação psicotrópica, oferece um método pelo qual os indivíduos podem pensar sobre a qualidade de vida e os papéis que o tratamento exercem na sua trajetória de vida bem como no seu dia a dia (DEL BARRIO et.al, 2013). Na questão: Como se sente sem a medicação, os relatos foram os seguintes: “não sei explicar”, “saio caminhando, tenho insônia, angústia, ouço vozes e vejo vultos”, “tenho dor de cabeça, tontura e medo de sair de casa”, “quando tomo mais tarde, não consigo dormir”, “tentei suicídio, não posso deixar de tomar”, “fico fora da casinha, quero me matar e matar meus filhos, escuto vozes, não posso mais ficar sem o remédio”, “é a minha filha quem da, não sei o que é dormir, tentei matar minha filha, só minha neta quem me acalma, meus irmãos me ignoram os vizinhos falam mal, parece que falta algo, ouço vozes de uma mulher”, “as vezes esqueço, fico nervosa e pego a faca”, “fico coberta, gosto de ficar fechada, se pudesse ficaria na cama o dia inteiro, não tenho vontade de viver, bato no meu marido e no meu filho, minha cunhada me inferniza”, “choro, sinto uma angustia, procuro um remédio para me suicidar, mas matar aquela angustia não para morrer, penso no meu pai e mãe que são o meu motivo para viver, perdi minha irmã e não quero que meus pais passem por isso novamente”, “tomo aqui e em casa tomo sozinha, não consigo fazer almoço, não me esforço, falta companhia”, “não esqueço”, “tomo porque minha esposa me ajuda”, “a última vez que não tomei fui parar na clínica, nervosa e agitada”. Conforme Ibanez (2014), o paciente pode ficar mais predisposto a não aderir à prescrição medicamentosa quando apresenta sintomas, ocasionando com isso a interrupção do uso de fármacos prescritos, ou mesmo ingerindo medicações sem prescrição médica. A medicação nestes casos pode ser utilizada, até mesmo, como uma forma para tentativas de suicídio. Ao final dos questionamentos, foi ressaltado novamente a importância da adesão ao tratamento medicamentoso, mesmo que surjam efeitos colaterais, evitando todas as situações de crises, angústia, e até mesmo ideação suicida. Conforme Misso (2012), estudos revelaram esperança diminuída do papel do paciente no seu processo de tratamento, tornando-o dependente do profissional e ao serviço de saúde e não um sujeito ativo no seu processo de conviver com o transtorno e o tratamento. Ainda, citou, que há uma carga de responsabilidade pela adesão/não adesão ao tratamento e a maior é conferida ao paciente sendo imprescindível que os profissionais e serviços de saúde sejam corresponsáveis nesse processo. Conclusão: Durante o trabalho pode-se observar que os pacientes portadores de transtorno mental demonstraram carência, salientando muitas vezes a importância da família como um ponto positivo na adesão medicamentosa. Fatores como angústia, tristeza, pensamentos suicidas, medo e agressividade, estiveram presentes nas falas de grande parte dos indivíduos. Por outro lado, percebe-se possuírem o entendimento da importância do uso da medicação nos horários e doses corretas, e que uma pequena parcela precisa de auxílio para o uso correto, tendo consciência que ao parar bruscamente seu tratamento, os sintomas poderão reaparecer. Propõe-se a importância de dar continuidade às orientações quanto à necessidade da adesão ao tratamento, salientando que a interrupção só deverá ser feita mediante a prescrição médica. Ao final dos questionamentos, foi ressaltado novamente a importância da adesão ao tratamento medicamentoso, mesmo que surjam efeitos colaterais, evitando todas as situações de crises, angústia, e até mesmo ideação suicida. Conforme Misso (2012), estudos revelaram esperança diminuída do papel do paciente no seu processo de tratamento, tornando-o dependente do profissional e ao serviço de saúde e não um sujeito ativo no seu processo de conviver com o transtorno e o tratamento. Ainda, citou, que há uma carga de responsabilidade pela adesão/não adesão ao tratamento e a maior é conferida ao paciente sendo imprescindível que os profissionais e serviços de saúde sejam corresponsáveis nesse processo.

**Palavras-chave:** Adesão ao Tratamento Medicamentoso. Transtornos Mentais. Enfermeiros.

#### **REFERÊNCIAS:**

- DEL BARRIO, L. R. et.al, Gestão Autônoma da Medicação (GAM): novas perspectivas sobre bem-estar, qualidade de vida e medicação psiquiátrica. **Ciênc. saúde coletiva** vol.18 n.10 Rio de Janeiro, 2013.
- IBANEZ, G. et.al, Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. **Rev. bras. enferm.** vol.67 no.4 Brasília, 2014
- MIASSO, A. I. et.al, Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. **Rev. esc. enferm.** USP vol.46 no.3 São Paulo, 2012.

## **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES ACAMADOS PORTADORES DE LESÃO POR PRESSÃO: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL EMBASADO NA TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE ENFERMAGEM**

PIGATTO, D.F.<sup>1</sup>; MEDEIROS, R. M.<sup>2</sup>

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde  
Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** Os pacientes acamados comumente são acometidos por lesões por pressão, cujos fatores de risco estão associados à idade avançada, à restrição ao leito e sua hospitalização (BRASIL, 2013). Na perspectiva de Domansky e Borges (2012), além de trazer agravos ao físico do paciente, as lesões por pressão acometem o psicológico, podendo predispor ao desenvolvimento de transtornos emocionais, tanto para o paciente como também para seus familiares e/ou cuidadores. Portanto, é imprescindível que a equipe de enfermagem esteja preparada para orientar os familiares e/ou cuidadores destes pacientes no que tange às ações que proporcionem melhorias à qualidade de vida destes. Surge também o mau prognóstico para o processo de recuperação funcional, onde posteriormente será associado a quadros de dor, infecções, muitos dias de internações, podendo levar a óbito em decorrência do quadro geral e por complicação das lesões por pressão. (BRASIL, 2013). Os profissionais necessitam avaliar quais são os pacientes mais vulneráveis e quais os locais do corpo mais suscetíveis ao desenvolvimento da lesão por pressão para poderem trabalhar na sua prevenção e/ou recuperação. Faz-se necessário o planejamento, gestão e avaliação de ações de saúde em prol do paciente portador de lesão por pressão. Ainda cabe ao profissional enfermeiro, ou, aos acadêmicos durante a graduação orientar as práticas educativas a familiares e/ou cuidadores. (SANTOS; et al, 2013). Daí da proposta de intervir no cenário profissional dando atenção especial aos pacientes acamados portadores de lesão por pressão. **OBJETIVOS:** O geral é prestar orientações a familiares e/ou cuidadores de pacientes acamados, internados em uma unidade de internação de um hospital público de médio porte, que possam apresentar riscos para desenvolver lesões por pressão. E como objetivos específicos serão: Orientar familiares e/ou cuidadores para a realização da alternância de decúbito de 2/2hs; orientar para hidratação da pele; orientar para o posicionamento correto do paciente no leito; instruir familiares e/ou cuidadores a manter lençóis esticados e secos. **METODOLOGIA:** O Projeto de Intervenção Profissional (PIP) foi construído no segundo semestre de 2017. Sua fundamentação teórica e proposta de aplicação seguiram as fases do Processo de Enfermagem que integra a Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem de Hildegard Peplau (orientação, identificação, exploração e resolução). O cenário projetado para sua aplicação é a Clínica Médica B (Unidade que atende maior número de pacientes acamados), do hospital público de direito privado, de médio porte, situado ao norte do Estado do Rio Grande do Sul. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Na fase de orientação o acadêmico e seus familiares e/ou cuidadores se encontram como estranhos, sendo as principais ações projetadas para este momento a apresentação do acadêmico aos pacientes e familiares e/ou cuidadores e a criação de vínculos com vistas à orientação sobre cuidados de alternância de decúbito e a prevenção com orientações. Na fase de identificação os familiares e/ou cuidadores vão se comunicar com o acadêmico que poderá auxiliar no seu problema. Aqui serão identificadas as fragilidades do cuidado e será oferecido auxílio e aporte informacional sobre a manipulação do paciente no leito. Após a identificação, parte-se para a fase de exploração, onde os pacientes e seus familiares e/ou cuidadores assumem o controle da situação e envolvem-se com o autocuidado, aproveitando toda a ajuda que lhe é ofertada. Nesta fase almeja-se colaborar com os familiares e/ou cuidadores nas orientações e técnicas para a alternância de decúbito do paciente acamado, escutar as queixas e necessidades do paciente, familiares e/ou cuidadores, criar estratégias para buscar o melhor cuidado possível ao paciente, fixar cartazes explicativos sobre a mudança de decúbito dentro do quarto e interpretar o nível de aprendizado, e informações que foram absorvidas após o ensino e a intervenção do acadêmico. A última fase é a de resolução, onde as necessidades que trouxeram o paciente ao serviço já foram completadas, rompem-se os

1 Acadêmico do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim.

2 Orientadora do projeto. Coordenadora e Docente do curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim. Doutora em Educação (UNISINOS). Mestre em Educação (UFRGS).

vínculos e é feita a avaliação da aceitação das orientações prestadas através da aplicação de um questionário. A teoria de Relacionamento Interpessoal de Peplau se complementa com os Metaparadigmas de Enfermagem, que inclui quatro conceitos importantes: ser humano, saúde, sociedade/ambiente e enfermagem. Ser humano: indivíduo que cria suas próprias e particulares estratégias para amenizar a angústia causada por suas necessidades. Nesse sentido, os familiares e/ou cuidadores atuam para alternância de decúbito a partir do que acreditam ser melhor para o paciente, sem conhecimento científico ou justificativa para tal ação. Saúde: se define como uma expressão que caracteriza o movimento frente a individualidade e necessidade própria em busca de uma vida criativa, construtiva, pessoal, produtiva e social. No momento que indivíduos passam a cuidar de pacientes acamados tendem a potencializar suas energias na busca da recuperação do paciente, colocando o restabelecimento da sua saúde como meta principal e acima de suas necessidades pessoais. Sociedade/ambiente: Consideram-se as tradições, culturas e costumes do paciente que devem ser levados em conta no momento da sua adaptação no hospital, pois estes fatores ambientais são influentes sobre a pessoa. Dessa forma, nesse projeto faz-se necessário levar em consideração as necessidades dos pacientes aliadas a suas tradições e costumes, uma vez que a autonomia é muito importante no cuidado e esta deve ser garantida em ambiente hospitalar. As orientações e auxílios ocorrem conforme o espaço cedido e observado pelo acadêmico. Enfermagem: Peplau considera Enfermagem um relacionamento terapêutico entre um paciente, familiar e/ou cuidador e o acadêmico capacitado para reconhecer as fragilidades e necessidades destes e trabalhar na sua recuperação. Quando o acadêmico participar das orientações do cuidado de alternância de decúbito e outras orientações e prevenção ele estará aplicando a assistência de enfermagem e dessa forma mantendo um relacionamento terapêutico entre um indivíduo enfermo e o profissional, observando suas fragilidades e contribuindo na promoção ou recuperação da sua saúde. Esclare-se que os aspectos metodológicos da teoria de Peplau aqui propostos ainda dependem da aplicação prática, mas acredita-se que os resultados serão muito próximos a teoria do relacionamento interpessoal. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A construção do PIP levou a refletir sobre a importância do planejamento, gestão e avaliação das ações de saúde em prol do paciente portador de lesão por pressão. Ainda permitiu constatar que cabe ao enfermeiro ou ainda aos acadêmicos, durante a graduação, orientar as práticas educativas a familiares e/ou cuidadores, a fim de potencializar o cuidado do paciente acamado para minimizar os riscos de lesão por pressão. Como resultado, através da aplicação do Projeto de Intervenção Profissional (PIP), almeja-se que os pacientes, familiares e/ou cuidadores estejam orientados corretamente sobre a alternância de decúbito do paciente a fim de evitar ou minimizar as lesões por pressão nos pacientes acamados, gerando uma melhor qualidade de vida e estratégias corretas.

**Palavras-chave:** Lesão por pressão. Hospitalização. Cuidados de enfermagem. Teoria de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para prevenção de úlcera por pressão**. Ministério da Saúde; Anvisa; Fiocruz. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- DOMANSKY, R. C; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele**. Ed. Rubio. Rio de Janeiro, 2012.

## ASMA INFANTIL – RELATO DE EXPERIÊNCIA ACADÊMICA NA BUSCA BIBLIOGRÁFICA

FANTINI, Anael <sup>1</sup>; MORO, Luiza C.<sup>2</sup>; MORAES, Larissa de <sup>2</sup>; CAMILOTTI, Eduarda<sup>3</sup>; ARALDI, Jaciara Beatriz<sup>3</sup>; MANFREDINI, Cibele S.<sup>4</sup>

Introdução: Na vida acadêmica percebe-se que existem dificuldades de os alunos realizarem investigações utilizando-se dos recursos da mídia eletrônica. Objetivo: sendo assim elaborou-se este estudo com o objetivo geral de apresentar a experiência de um grupo de acadêmicos ao realizar uma revisão de artigos em base de dados científicos. Metodologia: inicialmente foi definido o tema “Asma Infantil” para que os alunos realizassem a busca. Esta foi realizada, nos meses de agosto e setembro de 2017, como um exercício piloto durante as reuniões da pesquisa “ Prevalência e impacto da asma em crianças e adolescentes da zona urbana de Erechim – RS” que está sendo realizada no Curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim. Para realizar este estudo os acadêmicos foram orientados em relação aos diferentes locais de busca e formas específicas de realizar. Após as orientações os alunos definiram como seria realizada e quais seriam os objetivos da busca. Resultados: A asma é caracterizada por uma doença crônica, que causa inflamação das vias aéreas, podendo ser de fato tratada para controlar seus sintomas e minimizar os principais riscos evidentes nas crises (GINA, 2017). Causada por diversos estímulos, as vias aéreas acabam por ficar hiperresponsivas, ou seja, contraem-se muito facilmente (CAMPOS, 2007) por isso, a asma é considerada uma das principais doenças crônicas que se manifestam geralmente na infância, os principais sintomas, a tosse, o sibilos e a dispnéia causam limitações de diversas atividades diárias, gerando sofrimento ao portador (CHAGAS et al, 2011). Atualmente, os estudos epidemiológicos da asma a consideram um problema significativo para a saúde pública do Brasil, onde sua prevalência está em 20% e segundo dados do Sistema Único de Saúde (SUS), acontecem todos os anos, cerca de 350 mil internações por asma e mesmo tendo tratamentos para minimização dos sintomas e crises, ela ainda acomete aproximadamente 5 a 10% das mortes por determinantes respiratórios (NETO, 2007). Por estar sendo avaliada como um problema na saúde do Brasil, várias pesquisas tem sido desenvolvidas com o objetivo de enfatizar a prevalência da asma na idade infantil, geralmente realizadas com embasamento no International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) que estabelece uma metodologia diferencial, tendo como objetivos, descrever a prevalência e gravidade da doença em crianças que vivem em diferentes locais do mundo, fornecer pesquisas avançadas para funções genéticas, estilo de vida e fatores ambientais que acabam por afetar a doença, e com isso, fazer comparações a partir de seus questionários altamente padronizados (AUCKLAND, 1993). Nesta perspectiva os acadêmicos definiram que iriam realizar a busca com os seguintes objetivos: conhecer publicações referentes à prevalência de asma nos últimos cinco anos; identificar a metodologia utilizada nos artigos; verificar a faixa etária estudada; identificar o número total de crianças avaliadas e identificar a prevalência de asma encontrada nestas publicações. Ela foi realizada utilizando-se o acesso Google Acadêmico onde foi incluído o termo asma infantil. Como critérios de inclusão neste estudo definiu-se as publicações em formato de artigo, realizados no Brasil que pesquisaram a prevalência de asma infantil. Foram excluídos da busca teses, dissertações, trabalhos acadêmicos, artigos de revisão, resumos em anais de eventos e publicações estrangeiras. Selecionou-se as publicações de 2012 a 2017. Após a seleção dos artigos os mesmos foram analisados buscando-se as informações para responderem aos objetivos elaborados para o estudo. No primeiro momento foi digitado o termo, asma infantil, que foi definido para ser pesquisado e obteve-se

<sup>1</sup> Acadêmica do quarto semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem– GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde. Bolsista do projeto de pesquisa no PIIC/URI.

<sup>2</sup> Acadêmicas do segundo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem– GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde. Colaboradora da pesquisa.

<sup>3</sup> Acadêmicas do segundo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho com Ênfase em Estratégia da Saúde da Família pela UNIVALI –SC. Doutoranda em Saúde da Criança pela PUC – RS. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde. Orientadora do projeto de pesquisa no PIIC/URI.

um total de 250 publicações que, ao ler o título das mesmas identificava-se que se tratava do tema proposto. Como foi estabelecido critérios de inclusão partiu-se para o segundo momento da pesquisa. Realizou-se a leitura de todos os resumos destas publicações. Posteriormente a isto foi selecionado desta primeira relação apenas quatro artigos que continham todos os critérios de inclusão necessários para fazer parte do levantamento dos dados. Com isto partiu-se para a leitura do texto na íntegra extraíndo os dados necessários. Em relação a metodologia utilizada pelos artigos selecionados obteve-se um total de 100% que realizaram seus estudos com base nos critérios do questionário ISSAC para definir a prevalência de crianças asmáticas. O estudo ISSAC foi desenvolvido a fim de facilitar as pesquisas, pois até então não se tinha um método padronizado para estabelecer a prevalência da asma e isto tornava os dados imprecisos e não confiáveis (SOLÉ; CAMELO-NUNES, 2008). Estes estudos foram realizados com crianças na faixa etária entre 06 e 15 anos, que frequentam as escolas dos diversos municípios estudados. O diagnóstico da asma requer uma especificidade e uma sensibilidade bem definidas. Em função disto, em crianças menores de cinco anos fica difícil o diagnóstico preciso pois estas não sabem expressar com clareza seus sintomas, retardando assim a identificação da doença (SALDANHA et al, 2014). Nos quatro artigos avaliados encontrou-se um total de 2.583 crianças estudadas. Consideradas como asmáticas, deste total, foram 518 escolares o que corresponde a uma prevalência de asma de 20% no grupo que participou dos estudos. O Brasil é considerado o oitavo país em prevalência de asma com um percentual de 10 a 20% que sofre variações, dentro do próprio país, em função de seu tamanho e das características ambientais e diferenças culturais (BRASIL, 2010). Conclusão: a atividade de busca de artigos no meio eletrônico torna-se parte dos estudos para trabalhos científicos e acadêmicos. Desta forma percebe-se a importância desta prática na academia, seja de forma simplificada ou através da utilização de métodos como a revisão sistemática. Neste relato foi possível identificar que para uma boa revisão é necessário um planejamento dos objetivos, recursos e informações que serão utilizados. Este tema, asma infantil, tem uma quantidade significativa de trabalhos relacionados, portanto percebeu-se que para a busca ser qualificada deve-se realizar estratégias de busca bem definidas e estruturadas. Como primeira experiência na busca de publicações em meio eletrônico, para este grupo de acadêmicas, de forma estruturada, percebeu-se que a atividade foi válida pois tiveram o entendimento que é uma forma valiosa de investigação científica. Recomenda-se que estas pesquisas sejam incentivadas no meio acadêmico, mas é importante a utilização de bases de dados específicas, com estratégias de busca definidas com termos delimitados aos objetivos do estudo.

**Palavras-chave:** Doenças Respiratórias, Base de dados, Revisão Acadêmica.

#### REFERÊNCIAS:

- AUCKLAND (NZ)/ Münster (FRG). **Manual International study of asthma and allergies in childhood (ISAAC)**. December 1993 (2<sup>nd</sup>edition).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas**. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica. v. 25. A. S, editor 2010.
- CAMPOS, H.S. Asma: suas origens, seus mecanismos inflamatórios e o papel do corticosteroide. **Rev. Bras. Pneumol.** Rio de Janeiro. v. 15, n. 1, p. 47-60. 2007.
- CHAGAS, K. L. M. et al. Diagnósticos de Enfermagem em Crianças com Sinais e Sintomas Respiratórios: um Estudo Descritivo. **Rev Rene**, Fortaleza. v.12, n. 2, p. 302-308. 2011.
- GINA. Global Initiative for Asthma. **Global Strategy for Asthma Management and Prevention**, 2017. Available from: [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org)
- NETO, A.C. [Organizador]. **Asma em saúde pública**. Barueri: São Paulo. Manole; 2007.
- SOLÉ, D. e CAMELO-NUNES, I.C. A Dimensão do Problema da Asma e da Rinite Alérgica no Brasil: Prevalência, Hospitalizações e Mortalidade. **Gaz. Médi.** Bahia. n. 78, Suplemento 2, p. 3-10. 2008.
- SALDANHA, C. T. et al. Asma: Idade de Surgimento Pode ser um Fator para o Aumento da Prevalência. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, v.16, n.3, p. 251-5. 2014.

## **AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO DE PACIENTES ADULTOS À LUZ DA TEORIA DE DOROTHEA OREM: RELATO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL (PIP)**

BERGAMO, B.<sup>1</sup>; MEDEIROS, R. M.<sup>2</sup>

Área Temática: Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** O Projeto de Intervenção Profissional torna visível a Enfermagem como ciência, buscando relacionar teoria e prática, o que é imprescindível para o dia-a-dia do enfermeiro. A Teoria de Enfermagem utilizada para o projeto que será descrito foi a Teoria do Autocuidado, de Dorothea Orem, a qual enfoca as necessidades de autocuidado do paciente, ou seja, o conjunto de ações com foco na prevenção, alívio, cura ou controle de condições humanas indesejáveis que afetam ou podem vir a afetar a vida, a saúde ou o bem-estar. É responsabilidade do enfermeiro determinar os déficits de autocuidado e definir as modalidades de suporte para o paciente e isso pode ser feito através da Escala para Avaliação da Capacidade de Autocuidado de Pacientes Adultos CADEM, a qual auxilia no planejamento da assistência de enfermagem, facilitando a determinação da capacidade de autocuidado de pacientes adultos e servindo de subsídio para embasar mudanças necessárias no plano de cuidados dos mesmos (GEORGE, 2000; DIAS, 1996). **OBJETIVOS:** O geral foi capacitar a equipe de enfermagem para aplicação da Escala CADEM, a fim de facilitar a identificação da capacidade de autocuidado dos pacientes adultos. E os específicos foram: aplicar estratégias para capacitar a equipe de enfermagem a respeito da aplicação da Escala CADEM; melhorar a assistência de enfermagem prestada aos pacientes adultos por meio da equipe de enfermagem, proporcionando à mesma um meio específico de comunicação sobre as condições dos pacientes; e diminuir o déficit de autocuidado de pacientes adultos através da identificação precoce por parte da equipe de enfermagem da capacidade de autocuidado dos mesmos. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato da aplicação de um Projeto de Intervenção Profissional (PIP), desenvolvido no 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem. Utilizou-se como embasamento a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem aliada à Escala para Avaliação da Capacidade de Autocuidado de Pacientes Adultos CADEM. O Processo de Enfermagem de Orem apresenta 3 passos: o primeiro compreende a fase de Diagnóstico e Prescrição, onde o enfermeiro determina as necessidades ou não de cuidados de enfermagem; o segundo passo compreende a fase do planejamento dos Sistemas de Enfermagem, bem como do planejamento da execução das ações de enfermagem; o terceiro e último passo inclui a produção e execução do Sistema de Enfermagem, onde o enfermeiro pode prestar auxílio ao indivíduo no que se refere ao autocuidado (GEORGE, 2000). Através da aplicação da Escala CADEM é possível identificar as necessidades de autocuidado e de assistência de enfermagem dos pacientes adultos hospitalizados. A escala avalia os seguintes itens: comunicação, atividades diárias, deambulação, eliminações e mobilização, onde a enfermeira irá pontuar de 1 a 5 cada item de acordo com as definições apresentadas no instrumento e por fim somará os quesitos, classificando o paciente quanto ao seu nível de capacidade para o autocuidado (I a IV). O PIP foi aplicado nos dias 26 e 27 de setembro de 2017 com a equipe de enfermagem da Clínica A do Hospital de Caridade do município de Erechim/RS e contou com a participação de oito profissionais dos turnos matutino e vespertino, sendo sete técnicas de enfermagem e a enfermeira responsável. A duração dos encontros foi de aproximadamente quinze minutos, onde, por meio de explanação e entrega de material informativo, a acadêmica objetivou capacitar a equipe sobre a importância de avaliar o autocuidado do paciente adulto hospitalizado, bem como utilizar a Escala CADEM para tal. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** George (2000) afirma que o autocuidado é reconhecido como uma habilidade humana, sendo que sua execução está diretamente ligada às condições que cada indivíduo possui para autocuidar-se. São apontadas três categorias de exigências

<sup>1</sup> Acadêmica do 8º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim, integrante do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Etnia; Educação; Saúde e Trabalho do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde (NESCSS) do curso de Graduação em Enfermagem da URI Câmpus Erechim.

<sup>2</sup> Orientadora. Coordenadora, docente e titular da disciplina Projeto de Intervenção Profissional (PIP) no 8º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da URI Câmpus de Erechim. Doutora em Educação (UNISINOS), Mestre em Educação (UFRGS), Coordenadora do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Etnia; Educação; Saúde e Trabalho e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde (NESCSS) de Graduação em Enfermagem da URI Câmpus Erechim.

terapêuticas/requisitos para o autocuidado: universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde. Pacientes que apresentam independência para o autocuidado (classificação I do nível de capacidade para o autocuidado segundo a Escala CADEM), mesmo com alguma condição que venha a atrapalhar seu bem-estar e sua saúde, apresentarão independência para o autocuidado. Pacientes classificados com nível de capacidade II, III e IV para o autocuidado necessitam da equipe de enfermagem de forma mínima, moderada ou total dependendo da classificação conforme a Escala CADEM. A partir da identificação do nível de capacidade para o autocuidado, cabe à enfermeira definir um ou mais Diagnósticos de Enfermagem, etapa do primeiro passo do Processo de Enfermagem de Orem. Pacientes que apresentam nível I de capacidade para o autocuidado podem ser diagnosticados como apresentando disposição para melhora do autocuidado evidenciado pelo desejo de aumentar o cuidado, corroborado também através da utilização da Escala CADEM. Já aqueles pacientes que apresentarem níveis de capacidade de autocuidado II, III e IV, segundo a Escala CADEM, apresentarão como diagnóstico de enfermagem a manutenção ineficaz da saúde evidenciada por incapacidade parcial ou total de assumir a responsabilidade de atender a práticas de autocuidado (HERDMAN; KAMITSURU, 2015). Após a identificação do diagnóstico, o segundo passo envolve os Esboços para a Operação Regulatória, ou seja, a identificação do Sistema de Enfermagem do qual o paciente carece: Totalmente Compensatório, Parcialmente Compensatório e/ou Sistema de Apoio-Educação. O Sistema Totalmente Compensatório, segundo Silva e Braga (2011), é identificado quando o indivíduo é incapaz de engajar-se nas ações de autocuidado, estando o mesmo dependente da equipe de enfermagem. Pacientes classificados com nível de capacidade III e IV da Escala CADEM encaixam-se nessa classificação, estando quase totalmente ou totalmente, respectivamente, necessitados da assistência de enfermagem para o autocuidado. O Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório, segundo George (2000), ocorre quando tanto a enfermeira quanto o paciente desempenham as medidas de cuidados ou as outras ações para o autocuidado. Nessa classificação encontram-se os pacientes de nível II, os quais são hábeis para o autocuidado, porém necessitam de apoio e pequena ajuda da equipe de enfermagem para exercer o autocuidado. Por fim, o Sistema de Apoio-Educação, para Silva e Braga (2011), é aquele onde o paciente é capaz de desempenhar ou de aprender a desempenhar as medidas de autocuidado, externa ou internamente orientado. O papel da enfermeira é o de promover o paciente como um agente de autocuidado. Pacientes classificados no nível I de capacidade para o autocuidado são independentes para a realização do mesmo e, portanto, cabe à equipe de enfermagem apenas reforçar aspectos de promoção do autocuidado através de orientações. No terceiro e último passo do processo de enfermagem, a enfermeira atua para produzir e controlar os Sistemas de Enfermagem, sendo que durante as interações da enfermeira com o paciente, a mesma deve desempenhar ou delegar à equipe as tarefas de autocuidado para o paciente ou auxiliá-lo no desempenho; orientar, dirigir e apoiar o paciente no exercício de sua ação de autocuidado; estimular o interesse do paciente no autocuidado, dentre outras ações. Além disso, a enfermeira deve decidir se o cuidado proporcionado deve ser continuado ou se deve ser modificado (GEORGE, 2000).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Com a aplicação do PIP, esperava-se como resultados a implantação da Escala CADEM na Clínica A, a percepção da equipe de enfermagem quanto à importância da utilização da Escala CADEM para identificação do nível de autocuidado do paciente adulto hospitalizado e a capacidade teórica e prática da equipe de enfermagem quanto aos conhecimentos necessários para a utilização da Escala. Após avaliação do projeto, percebeu-se que a Escala CADEM não foi implantada na Clínica A, porém parte da equipe de enfermagem mostrou-se sensibilizada acerca da importância de identificar o nível de autocuidado do paciente adulto hospitalizado, o que já é um avanço na tentativa de implementar tecnologias em saúde para melhorar a assistência.

**Palavras-chave:** Autocuidado; Escala; Adultos; Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- DIAS, D. C. Instrumento para Avaliação da Capacidade de Autocuidado de Pacientes Adultos – CADEM. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 49, n. 3, p. 315-32, jul./set. 1996.
- GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem:** os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** definições e classificação. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- SILVA, J.V.; BRAGA, C.G. **Teorias de Enfermagem.** São Paulo: Iátria, 2011.

## **AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO PACIENTE ONCOLÓGICO À LUZ DA TEORIA DE ENFERMAGEM DE LEININGER: RELATO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL (PIP)**

Rempel, S. C. C.<sup>1</sup>; Medeiros, R. M.<sup>2</sup>

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde  
Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** Caracterizado por ser uma doença crônica e com significativo aumento de número de casos, o câncer vêm se tornando um grave problema de saúde, e as limitações que o processo da doença causam são motivo de alerta e preocupação para profissionais de saúde que buscam auxiliar de maneira mais eficaz o paciente oncológico. Nessa premissa, o enfermeiro torna-se ator principal na avaliação, planejamento e execução de ações que melhor se adequem ao paciente, sendo capaz de avaliar a capacidade funcional, assim como, instituir medidas de educação em saúde, vislumbrando o melhoramento da qualidade de vida (INCA, 2015; SOUZA, 2011). Conforme Braga e Silva (2011), a escala ECOG Performace Status (PS) surge como instrumento de avaliação que possibilita a equipe de enfermagem exercitar a compreensão sobre a diversidade cultural do paciente e sua própria capacidade de transcender a avaliação mecânica, olhando apenas a doença, isso estimula a humanização e a integralidade do cuidar. **OBJETIVOS:** o geral é aplicar a escala ECOG Performace Status para identificar a capacidade funcional do paciente oncológico. E os específicos: analisar a capacidade funcional do paciente oncológico; proporcionar à equipe de enfermagem conhecimento necessário para a aplicação da Escala ECOGPS; facilitar as orientações da equipe de enfermagem ao paciente oncológico, utilizando a escala. **METODOLOGIA:** Trata-se de um Projeto de Intervenção Profissional (PIP) qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido no 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem na disciplina com a mesma intitulação, seguindo a resolução 510/16 do CNS. Como embasamento científico e teórico se utiliza a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, aliada à Escala para Avaliação da Capacidade Funcional do Paciente Oncológico (ECOGPS). O PIP será aplicado com a equipe de enfermagem da Clínica B da Fundação Hospitalar Santa Terezinha (FHST) do município de Erechim/RS e contará com a participação de seis profissionais da equipe de enfermagem do turno da noite, sendo cinco técnicas de enfermagem e a enfermeira responsável. A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), considera que alguns pontos como a visão de mundo, relações sociais e a cultura influenciam diretamente no estado de saúde/doença do indivíduo. Através da análise situacional que envolve a cultura e demais inter-relações, o enfermeiro pode planejar e implementar a assistência de enfermagem de forma eficaz e resolutive, objetivando o cuidado integral. Leininger com sua teoria, concedeu subsídios para a compreensão dos fatores que influem os sistemas profissionais e populares de saúde e cuidado, os quais incluem: religião, política, economia, visão de mundo, entre outros. Madeleine Leininger utilizou nos anos 60 os termos “enfermagem transcultural”, “etnoenfermagem” e “enfermagem cultural cruzada” para definir este novo campo de atuação da enfermagem. A teórica definiu enfermagem transcultural como um ramo da enfermagem que dá enfoque na análise de culturas, respeitando as práticas de cuidado da enfermagem, propiciando um serviço de saúde eficaz para as pessoas de acordo com seus valores e conceitos (GEORGE, 2000). Ainda, utiliza em sua teoria quatro conceitos que constituem o metaparadigma de enfermagem. O primeiro diz respeito ao conceito de pessoa, que pode ser identificado através da peculiaridade de cada ser. Nesse contexto, o paciente oncológico necessita de um olhar que possa transcender a patologia, e se estender para o meio cultural e grupal em que vive, assim, se proporciona a universalidade do cuidado através da holística direcionada à fatores culturais. A escala ECOGPS surge como instrumento de avaliação que possibilita a equipe de enfermagem exercitar a compreensão sobre a diversidade cultural do paciente e sua própria capacidade de transcender a avaliação mecânica, olhando apenas a doença, isso estimula a humanização e a integralidade do cuidar. O contexto ambiental possibilita à enfermagem o entendimento da totalidade

<sup>1</sup> Acadêmica do 8º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim.

<sup>2</sup> Orientadora do projeto. Coordenadora e Docente do curso de Graduação em Enfermagem da URI Câmpus de Erechim. Doutora em Educação (UNISINOS), Mestre em Educação (UFRGS), Coordenadora do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Etnia; Educação; Saúde e Trabalho e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde (NESCSS) do curso de Graduação em Enfermagem da URI Câmpus Erechim.

humana, incluindo características fundamentais de alguns aspectos, tais como características físicas, sociais, visão de mundo entre outros fatores (SEIMA, 2011). Já a saúde é definida como estado de bem estar, reflete a capacidade do indivíduo em realizar suas atividades diárias, sendo ela diversificada em cada cultura, por isso da necessidade de se propiciar capacitação e entendimento para a equipe de enfermagem, para que a aplicabilidade da escala ECOGPS, não se torne meramente um instrumento de realização diária, mas sim um instrumento de direcionamento de cuidado. E como peça chave, a teórica define enfermagem como uma arte de cuidar transcultural, e que para tais funções necessita de capacitação do corpo de enfermagem para prover estes cuidados de forma congruente. O modelo de Sunrise simbolizado pelo nascer do sol, inserido na TDUCC, caracteriza-se como um mapa cognitivo que une a antropologia e a enfermagem, afim de seguir como guia para o cuidado de enfermagem congruente na perspectiva da teórica (BRAGA; SILVA, 2011). O modelo de Sunrise é constituído de quatro níveis, o primeiro se configura através do estudo de atributos do cuidado, podendo incluir nesta fase o idioma, contexto ambiental, tecnológico, religioso, político entre outros. Aplicando para a inovação proposta, para que se avalie a capacidade funcional do paciente oncológico, o profissional deve entrar no contexto de vivência do paciente, identificando assim sua estrutura psíquica e social, bem como, seu entendimento sobre o impacto da doença e sua resiliência. Isso somente é obtido através da percepção do mundo do paciente, para fora da concepção de mundo do profissional avaliador, pois a cultura se difere entre o ser cuidado e o ser cuidador (ORÍÁ; XIMENES; PAGLIUCA, 2007). O segundo nível é a continuidade do processo do nível anterior, onde é aplicado esse conhecimento à situação do indivíduo, ou seja, depois do reconhecimento transcultural, o profissional de enfermagem vai aplicar a escala ECOGPS nas singularidades funcionais de cada paciente. No terceiro nível, é focalizado o sistema popular, o conjunto entre sistema profissional e o cuidado de enfermagem. Este nível abrange os diagnósticos de enfermagem. Em se tratando da escala, neste nível se pontua a avaliação e assim se dá o diagnóstico da capacidade funcional. Nessa perspectiva no quarto nível, se implementa as ações de cuidado, que é o grande objetivo da aplicabilidade da escala ECOGPS, para que através da observação, compreensão, entendimento, abordagem do contexto holístico e cultural se estabeleça o cuidar congruente (BRAGA; SILVA, 2011).

**RESULTADOS E DISCUSSÕES:** À partir da entrega do termo de autorização à FHST na primeira quinzena de setembro, a instituição autorizou a aplicação da escala somente na data do dia 10 outubro, o que não permitiu margem para que pudesse aplicar a proposta e levantar os principais resultados. Diante disto, a escala será aplicada dia 17 outubro. Porém, o anseio da acadêmica é que os resultados e as discussões da aplicação da escala ECOGPS seja muito próximo às prerrogativas delineadas na metodologia deste PIP.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** De acordo com Leininger, as ações podem se mesclar atendendo a proposta dos quatro níveis. Assim, o cuidado congruente e seus atributos têm de se relacionar com o reconhecimento transcultural voltado à situação do indivíduo, para que assim possa focalizar o sistema popular e o sistema profissional, alcançando como resultado ações de cuidado voltada as especificidades de cada ser. Entretanto, os quatro níveis propostos pela teórica, ainda dependem da aplicabilidade prática da escala para se ter uma avaliação mais concreta de como estes níveis se interconectam através da aplicação da referida escala.

**Palavras- chave:** Avaliação; Teoria de Enfermagem; Oncologia; Cuidado.

## REFERÊNCIAS

- BRAGA, C. G. SILVA, J. V. **Teorias de Enfermagem**. 1 ed. São Paulo: Iátria, 2011.
- GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- ORÍÁ, M. O. B. XIMENES, L. B. PAGLIUCA, L. M. F. UNRISE MODEL: ANÁLISE A PARTIR DA PERSPECTIVA DE AFAF MELEIS. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro: 2007.
- SEIMA, M. D. et al. A Produção Científica da Enfermagem e a Utilização da Teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 – 2011. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro: 2011.
- SOUZA, R. S. **Pacientes Oncológicos em Quimioterapia Paliativa: perfil e relações entre sintomas, capacidade funcional e qualidade de vida**. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerias. Belo Horizonte: 2011.

## CÂNCER DE MAMA: REFLEXÕES DA PREVENÇÃO AO TRATAMENTO

MANFREDINI, Cibele S.<sup>1</sup>; MANFREDINI, Rinede L.<sup>2</sup>; PASQUALOTTI, Adriano<sup>3</sup>

**Introdução:** O câncer de mama está sendo considerado um problema de saúde pública, mundialmente, em função de sua alta incidência. Nos últimos anos, tem sido o tumor maligno mais prevalente no mundo entre mulheres, excetuando-se os tumores de pele não melanomas. Para o ano de 2017, no Brasil, são estimados 57.960 casos novos de câncer de mama na população feminina e no Rio Grande do Sul, 90,4 casos para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2016). Em função deste quadro realizou-se este trabalho com o objetivo de apresentar uma reflexão em relação ao câncer, seus fatores de risco, prevenção e tratamento. **Metodologia:** Os dados aqui apresentados foram compilados a partir de leituras em artigos científicos, experiências da prática assistencial e vivência em ações de prevenção do câncer de mama. Esta reflexão ocorreu nos meses de março a setembro de 2017. **Resultados:** O câncer de mama representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade a nível mundial, sendo esperado um aumento de 70% no número de casos novos no período de 20 anos. Os fatores de risco comportamentais e dietéticos como o alto índice de massa corporal, baixa ingestão de frutas e vegetais, falta de atividade física, uso de tabaco e uso de álcool estão sendo considerados os responsáveis por um terço dos índices de câncer. Esta é uma doença que ocorre em função da proliferação de células anormais na mama, formando um tumor que poderá ou não se estender para outros órgãos. Estatisticamente é considerado raro antes dos 35 anos, progredindo de acordo com o aumento da idade com maior ocorrência após os 50 anos (BRASIL, 2016). O câncer de mama tem diversos fatores relacionado ao seu aparecimento. Temos os considerados modificáveis e os intrínsecos a nossa existência, como é o caso dos fatores genéticos hereditários. A análise do histórico familiar revela a existência de casos da doença com características peculiares. Entre essas características podemos destacar a existência de parentes afetados em três gerações sucessivas, dois ou mais parentes de primeiro grau com diagnóstico da doença no período pré-menopausa, câncer de mama bilateral e casos de câncer de mama masculino. A ocorrência de ao menos uma dessas características, num mesmo grupo familiar, sugere a existência de um componente genético hereditário que predispõe à doença. Achados histopatológicos específicos são sugestivos da presença de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2, os quais são genes de susceptibilidade hereditária para câncer de mama (AMENDOLA; VIEIRA, 2005). Entre os fatores comportamentais, sendo alguns deles modificáveis, estão a obesidade e sobrepeso após a menopausa, sedentarismo, consumo de bebida alcoólica, exposição frequente a radiações ionizantes, questões reprodutiva/hormonal como a primeira menstruação, antes dos 12 anos de idade, não ter filhos, primeira gravidez após os trinta anos, não amamentar, menopausa após os 55 anos, uso de contraceptivos orais e ou reposição hormonal no climatério (BRASIL, 2016). A maioria dos casos de carcinoma de mama não têm associação com história familiar. Entretanto, 5 a 10% são hereditários, sendo atribuídos a mutações nos genes BRCA1 e BRCA2. Esses genes atuam como genes supressores de tumor, os quais possuem função de reparo do DNA. Mutações no BRCA1 e no BRCA2 podem ocorrer em qualquer ponto ao longo do gene e são relativamente incomuns na população geral (VIEIRA et al., 2008). Em 2007 foi publicado as recomendações do World Cancer Research Found (WCRF) em relação as diretrizes de prevenção do câncer de mama. Estas incluem manutenção do índice de massa corporal e a circunferência da cintura dentro da normalidade, prática regular de atividade física, redução do consumo de alimentos calóricos, com índices glicêmicos elevados incluindo as carnes vermelhas e processadas, com alto teor de sódio, uso frequente de álcool e suplementos alimentares, sendo a preferência os alimentos de origem vegetal e pôr fim a amamentação no mínimo até os seis meses de vida da criança. Estas diretrizes são voltadas para mudanças do estilo de vida o que influencia na melhoria da qualidade de vida e prevenção do câncer de mama (FANNI et al., 2016). Dentro das ações de prevenção do câncer entende-se que a educação continua sendo a melhor estratégia para transformação de

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho com Ênfase em Estratégia da Saúde da Família pela UNIVALI –SC. Doutoranda em Saúde da Criança pela PUC – RS. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>2</sup> Médico. Graduado pela Universidade Federal de Pelotas. Especialista em Cirurgia Geral. Especialista em Cirurgia Plástica pelo Hospital Ernesto Dornelles, Porto Alegre; Mestrando em Envelhecimento Humano na Universidade de Passo Fundo.

<sup>3</sup> Matemático. Pós-doutor em Sociedade, Comunicação e Cultura pela Universidade de Lisboa. Doutor em Informática na Educação e mestre em Ciência da Computação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

comportamentos da população. As vivências, na divulgação dos cuidados e estratégias de prevenção do câncer, tem mostrado que independente da classe social, da cultura e das condições cognitivas da população todos necessitam ser informados sobre formas para mudança do estilo de vida, autoconhecimento, necessidade de exames periódicos e a importância de se pensar no câncer de mama como algo que pode ser amenizado com o diagnóstico precoce. Este por sua vez tem influenciado no prognóstico da doença, onde, juntamente com a evolução do tratamento são responsáveis, pela sobrevivência em 15 anos, de aproximadamente 50% das mulheres diagnosticadas e tratadas para o câncer de mama. O desenvolvimento e melhorias no tratamento tem reduzido as sequelas e tornado a mulher mais ajustada a condição pós tratamento (SIMEÃO et al., 2013). Um dos tratamentos do câncer de mama é a cirurgia, que pode ser conservadora como a quadrantectomia ou mais radical como a mastectomia total com esvaziamento ganglionar. Este depende do tipo tumoral e dos tecidos atingidos. As sequelas serão em função da amplitude do procedimento realizado onde poderá ter foco traumatizante por mudança física, alterando a imagem corporal da mulher interferir nas questões da sexualidade, limitações funcionais e laborais, alterações emocionais, familiares e sociais que poderão estar associadas a depressão (TALHAFERRO et al., 2007). No Brasil existem condições que garantem os direitos das pacientes com diagnóstico de câncer para estabelecimento do tratamento. A Lei Federal nº 12.732/12 determina que no prazo de dois meses após o diagnóstico as pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) devam ser operadas, pois se estima que este prazo pode ser significativo para aceitação e enfrentamento da doença. Pensando nas questões que amenizam os traumas da cirurgia foi criada a Lei Federal nº 12.802/13 que torna obrigatório a oferta da reconstrução mamária, com a cirurgia plástica reparadora, após a mastectomia desde que após avaliações defina-se que a mulher tem condições clínicas para se submeter a tal procedimento (NICOLAOU; PADOIN, 2013). Dados do Ministério da Saúde mostram que no ano de 2016 foram realizadas 61.757 mastectomias no Brasil pelo Sistema Único de saúde, sendo as regiões sudeste e sul com maior número de cirurgias, respectivamente 30.998 e 11.770. Destes números, por sua vez, foram realizadas a reconstrução mamária em apenas 1.401 mulheres no Brasil e nas mesmas regiões citadas acima em 843 e 285 mulheres (BRASIL, 2016). Conclusão: com esta reflexão é possível visualizar a importância do tema estudado e quanto os profissionais da saúde ainda tem a fazer para auxiliar a mulher tanto na prevenção quanto no tratamento. Espera-se que essa reflexão tenha servido de estímulo aos leitores para realizarem estudos referentes ao assunto. É necessário que os profissionais pensem e estabeleçam ações de forma multidisciplinar com vistas a promoção da saúde, para esta população, voltadas para a melhoria da qualidade de vida na prevenção e no tratamento da doença.

**Palavras-chave:** Neoplasias da Mama, Promoção da Saúde, Saúde da Mulher.

#### REFERÊNCIAS:

- AMENDOLA, L. C. B.; VIEIRA, R. A contribuição dos genes BRCA na predisposição hereditária ao câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 4, p. 325–330, 2005.
- BRASIL, I.N. DO C. J. A. G. DA S. (INCA). **Câncer de mama: é preciso falar disso**. 4. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.
- FANNI, T. P. et al. Adesão às recomendações do World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research de mulheres durante tratamento para o câncer de mama Adherence to the World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research guidelines of women du. **Nutrição Clínica e Dieta Hospitalar**, v. 36, n. 2, p. 150–157, 2016.
- NICOLAOU, P. K.; PADOIN, L. V. O retrato das políticas públicas no tratamento do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 23, n. 3, p. 92–94, 2013.
- SIMEÃO, S. F. D. A. P. et al. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama Quality of life of groups of women who suffer from breast cancer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 779, 2013.
- TALHAFERRO, B.; LEMOS, S. S.; OLIVEIRA, E. DE. Mastectomia e suas conseqüências na vida da mulher Mastectomy and its consequences in the woman 's life. v. 14, n. 1, p. 17–22, 2007.
- VIEIRA, D. S. C. et al. Carcinoma de mama : novos conceitos na classificação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, p. 42–47, 2008.

## CÂNCER DE PULMÃO ASSOCIADO AO TABAGISMO

Kessler, F.F<sup>1</sup>; Denti, I.A<sup>2</sup>.

Grupo de pesquisa: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde  
 Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

**INTRODUÇÃO:** O câncer é um problema de saúde pública e ocupa o segundo lugar em mortalidade no mundo; em alguns países desenvolvidos, já atingiu o primeiro lugar. Dentre as neoplasias, o câncer de pulmão constitui o tipo mais comum no mundo há várias décadas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2012 ocorreu cerca de 1,8 milhão de novos casos de câncer de pulmão, ou 13,0% do total de câncer, dos quais 58,0% ocorreram em países em desenvolvimento. Estima-se que a incidência cresça 2,0% a cada ano. A sobrevivência em cinco anos para essa doença varia entre 13,0% e 21,0% em países desenvolvidos e entre 7,0% e 10,0% naqueles em desenvolvimento. As diferenças globais são grandes tanto na incidência quanto na mortalidade e na sobrevivência e, em geral, os padrões geográficos de mortalidade acompanham os de incidência. No Brasil, o câncer de pulmão é a primeira causa de óbito por câncer entre homens e a segunda entre mulheres. Em 2011 resultou em 22.424 mortes, sendo 13.698 homens e 8.726 mulheres (CARVALHO et al, 2016). Segundo Peto (2001), a média mundial para fumantes é de cerca de 50% dos homens e 10 % das mulheres jovens tornando-se fumantes na tenra idade; as mortes anuais atribuíveis ao tabaco apresentam uma tendência ascendente e se especula que somente um em cada três jovens fumantes chegue à terceira idade. Cerca de 100 milhões de pessoas morreram em consequência do tabaco no século 20, a maioria em países desenvolvidos. Se estes padrões persistirem, esta conduta matará cerca de 1 bilhão de pessoas neste século, principalmente em países de renda baixa e média. Em 2013 a Assembleia Mundial da Saúde chamou atenção aos governos para reduzir a prevalência de fumar por cerca de um terço para 2025 (Draft action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013–2020), referindo que esta mudança de atitude poderia evitar mais de 200 milhões de mortes por tabaco neste século. A Organização Mundial da Saúde (OMS) alertou para a necessidade da redução do consumo do tabaco, referindo que a redução também poderia ser alcançada através do aumento dos impostos sobre este produto (JHA, 2006). **OBJETIVOS:** Descrever a história clínica, sintomatologia, métodos diagnósticos em um paciente com suspeita de câncer de pulmão; efetuar aproximação da teoria e a prática. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso cujos dados foram coletados durante atividades práticas da disciplina de Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II. Para a coleta dos dados foi utilizado método clínico, prontuários e correlacionados e por revisões bibliográficas existentes. **RELATO DE CASO:** Homem de 56 anos de idade foi admitido na instituição hospitalar referindo tosse, dor lombar, perda de peso e falta de ar principalmente quando precisa fazer muitos movimentos. Seu histórico de saúde/doença consta tabagismo e uso de bebidas alcoólicas. Procurou o serviço de saúde por perceber que a dificuldade para respirar tem piorado ultimamente. É agricultor e reside com a família. No exame físico o paciente apresenta-se calmo, lúcido, comunicativo, deambulando sem auxílio e apresentando dispnéia ao deambular, higiene oral precária e corporal regular. Demais aspectos da inspeção da pele sem alterações. No pescoço não se evidencia gânglios palpáveis. Tórax: globoso e simétrico, na ausculta pulmonar se evidencia sibilos em algumas áreas no pulmão direito e não há evidência de nem um tipo de ventilação no pulmão esquerdo e o paciente necessita de oxigenioterapia. Abdome: Globoso e com ruídos hidroaéreos. MMSS: sem lesões e presença de dispositivo venoso salinizado. MMII: com edema moderado e sem lesões. Sinais vitais encontravam-se dentro dos limites normais, com uma pressão arterial de 110/80 mmHg, pulso regular e cheio de 102 bpm, com ritmo respiratório de 23 mrpm, recebendo oxigênio por cateter nasal. Exames complementares: RX de tórax mostrando pulmão direito adequadamente expandido e velamento completo do pulmão esquerdo. Após ser visualizada a imagem do exame pulmonar foi solicitado tomografia de crânio a qual mostrou áreas hipodensas indicando possivelmente metástases. Fibrinogênio aumentado em 518 mg/dl bem como os Leucócitos: 26.510mm<sup>3</sup>, Bastões: 795mm<sup>3</sup> e Segmentados: 24.389mm<sup>3</sup>. **DISCUSSÃO:** O tabagismo é a maior causa de morbimortalidade por doenças de não-transmissíveis no mundo (FINUCANE, 2011). Os

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim.

<sup>2</sup> Enfermeiro, Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim.

riscos são muito maiores para fumantes que começaram no início da idade adulta do que para aqueles que começaram mais tarde. Depois de 1950, o consumo de cigarros continuou subir, principalmente ancorado no aumento do poder aquisitivo da população e na atualidade cresce também onde a renda pode ser considerada baixa (Forey, 2013). Em 2008, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em conjunto com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), conduziu o mais recente inquérito sobre tabagismo em maiores de 15 anos de idade. Foi constatado que 17,2% da população brasileira fazia uso regular de tabaco, equivalente a 25 milhões de pessoas. A maior prevalência de fumantes foi detectada na região Sul (19%), e os menores percentuais (16,9%) nas regiões Centro Oeste e Sudeste (FILHO, 2010). O tabaco vincula-se causalmente a vinte diferentes tipos de câncer, infere-se que o cenário de declínio da prevalência do tabagismo induzirá reduções na incidência e na mortalidade por câncer na população brasileira no horizonte das próximas décadas. Além do câncer em várias estruturas corporais o tabagismo também é a principal causa da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, cujas características clínicas incluem: (a) dispneia progressiva, que tipicamente piora com o exercício; (b) tosse crônica, que pode ou não ser produtiva; (c) fatores de risco como tabagismo passivo ou ativo. A forma mais grave desta patologia está associada à perda de peso, anorexia, depressão, doença coronariana, câncer de pulmão e disfunção cognitiva. O exame físico tipicamente revela fase expiratória prolongada e em casos leves há características de hiperinsuflação pulmonar à medida que a gravidade da obstrução das vias aéreas aumenta. A espirometria geralmente apresenta redução do volume expiratório forçado em 1 segundo (HUI et al., 2015). **CONCLUSÃO:** No presente estudo foi possível correlacionar dados constantes em referências com a realidade encontrada em um paciente. Adicionalmente o tema traz à tona um grave problema que é o vício do tabagismo e suas consequências mais devastadoras, como é o caso clínico aqui apresentado. Assim podemos concluir que o tabagismo está ligado a vários aspectos relacionados a doenças em vários aparelhos e sistemas orgânicos e que podem evoluir para câncer, associado ou não a outros aspectos ambientais e psicossociais. Este relato de caso mostra o risco do uso de tabaco, bem como a importância da informação dos problemas causados pelo hábito de fumar. Porém há ainda desafios devidos à cultura e ao comércio a serem enfrentados, visando minimizar ou evitar os problemas atribuídos ao tabaco.

**Palavras-chave:** Câncer de pulmão. Tabagismo. DPOC. Neoplasia.

## REFERÊNCIAS

- CARVALHO M, D. et al. Tendência das taxas de mortalidade de câncer de pulmão corrigidas no Brasil e regiões. **Revista de Saúde Pública**, 2016. Acesso em: 19 de julho de 2017. Disponível em : <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67247719026>>
- CAMELIER, Aquiles. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e Câncer Pulmonar. Unifesp, 2015. Acesso em: 19 de julho de 2017. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/dmed/pneumo/Download/DPOC%20e%20Ca%20Pulmao%20-%20Dr%20Aquiles>>.
- FILHO V, W. et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 175-187, jun. 2010. Acesso em: 19 de julho de 2017. Disponível em: <<http://producao.usp.br/handle/BDPI/13496>>.
- FINUCANE MM, STEVENS GA, COWAN MJ, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*. v.377:557-67, 2011
- FOREY B, HAMLING J, HAMLING J, THORNTON A, LEE PN. International smoking statistics: Web edition. Sutton, United Kingdom: PN Lee Statistics & Computing, 2013 Disponível em: <<http://www.pnlee.co.uk/ISS3.htm>> .
- HUI S; HOW CH; TEE A. **Does this patient really have chronic obstructive pulmonary disease?** *Singapore Med J*. v. 56: 194-197, 2015.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer de pulmão**. Acesso em: 19 de julho de 2017. Disponível em:<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao>>.
- JHA P, CHALLOUPKA FJ, MOORE J, et al. Tobacco addiction: In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., eds. Disease control priorities in developing countries. 2nd ed. Washington, DC: World Bank and Oxford University Press. v.869-86, 2006.



PETO R, LOPEZ AD. The future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop E, Pearson CE, Schwarz MR, eds. Critical issues in global health. San Francisco: Jossey-Bass. v.154-61, 2001.

## CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO: PERCEPÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM FRENTE AO PROCESSO DE TRABALHO

SASSI, I. L.<sup>1</sup>; FERRÃO, L.<sup>2</sup>; MANFREDINI, C.<sup>3</sup>; BROCK, F.<sup>4</sup>; DENTI, I. A.<sup>5</sup>

Área Temática: Saúde Humana

Linha de pesquisa: Desenvolvimento Humano, Saúde e Educação

**Introdução:** O Centro de Material e Esterilização (CME) é um setor responsável pela recepção e expurgo, preparo e esterilização, guarda e distribuição do material para as demais unidades do estabelecimento de saúde (BRASIL, 1987). Conforme a Resolução RDC nº 307, as atividades desenvolvidas no CME, devem ser: receber, desinfetar, separar e lavar os produtos; receber as roupas vindas da lavanderia; preparar e esterilizar por meio de métodos físicos e/ou químicos; realizar o controle microbiológico e o prazo de validade de esterilização; armazenar os produtos e as roupas esterilizadas e distribuir, além de zelar pela proteção e pela segurança dos operadores (BRASIL, 2002). A equipe que atua no CME, deve ser composta de enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Com o avanço tecnológico, o alto custo na aquisição de instrumentais e a demanda cada vez maior no uso de materiais sofisticados, exige o investimento na qualificação do quadro de profissional para atender aos objetivos do CME. Neste sentido, é imprescindível profissionais qualificados e equipamentos que consigam acompanhar a evolução tecnológica para garantir a qualidade do serviço prestado e manter a segurança e redução de riscos na assistência do paciente (BRASIL, 2001). O processo de trabalho no CME é distinto de outras unidades do hospital, pois é uma área específica onde utilizam-se conhecimentos científicos e tecnológicos para o desenvolvimento das atividades laborais. Além disso, busca o entrosamento com as demais unidades consumidoras e de apoio da instituição hospitalar, caracterizando a relação de interdependência (GIL; CAMELO; LAUS, 2013). O técnico de enfermagem exerce sua função, participando de todo o reprocessamento de material, desde o seu recebimento e conferência até a limpeza, preparo, esterilização, guarda e distribuição. Além disso, realiza a monitorização de cada lote ou carga nos processos de esterilização, bem como a leitura dos indicadores biológicos, de acordo com a instituição e sob a supervisão e orientação do enfermeiro (SOBECC, 2009). A educação continuada é imprescindível para o desenvolvimento das atividades com maior segurança e eficácia, devido as melhorias tecnológicas na área da saúde. **Objetivo:** Apresentar os resultados parciais do estudo sobre a percepção que o técnico de enfermagem tem sobre o seu trabalho no Centro de Material e Esterilização. **Metodologia:** Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa desenvolvido com técnicos de enfermagem que atuam num Centro de Material e Esterilização do norte do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada nos meses de agosto e setembro de 2017. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Erechim - RS, com o protocolo número Nº 2.190.236. A técnica de análise empregada no estudo para o tratamento dos dados foi a temática, apresentada por Minayo (2014). **Resultados e discussões:** Participaram do estudo 06 técnicos de enfermagem, na faixa etária entre 25 a 58 anos. Dos participantes, 02 eram do sexo masculino e 04 do sexo feminino. O tempo de atuação no CME foi 1 ano e 2 meses a 19 anos. Quanto a escolaridade, todos com a formação técnica. A partir das entrevistas, foi evidenciado que os participantes reconhecem a importância das atividades desenvolvidas no CME para a instituição e para o cuidado indireto do paciente. O processo laboral no CME é sistemático, no entanto, tem um papel

<sup>1</sup> Acadêmico do 10º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai (URI), Erechim - RS. E-mail: iago\_gaucho@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Erechim - RS. Integrante do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde /Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem (GESE/URI/CNPQ) - RS. E-mail: luanaferrao@uricer.edu.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai (URI), Erechim. Integrante do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde /Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem (GESE/URI/CNPQ) - RS. E-mail: cibelem@uricer.edu.br

<sup>4</sup> Enfermeiro. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Erechim - RS. Integrante do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde /Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem (GESE/URI/CNPQ) - RS. E-mail: felipebrock@uricer.edu.br

<sup>5</sup> Enfermeiro. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Erechim - RS. E-mail: iranyd@uri.com.br

essencial para garantir a segurança na execução das atividades de todas as áreas assistenciais do hospital. Diante disso, o reprocessamento de materiais deve ser o mais eficaz possível, pois essa assistência indireta prestada ao paciente é tão importante quanto à assistência direta realizada pela equipe junto a ele. Portanto, a eficiência da esterilização dos produtos, propicia a redução de infecções exógenas e qualidade na assistência prestada ao cliente (ASCARI et al., 2013). Ainda, relataram que o trabalho é gratificante, no entanto, por vezes não é reconhecido e valorizado pelos profissionais de outros setores. Corroborando com a literatura, estudo realizado com equipe de enfermagem atuante em CME, emergiu o descontentamento frente ao desconhecimento e a desvalorização por trabalhadores de enfermagem de outros setores, e estes sentimentos por vezes, podem proporcionar a insatisfação pessoal. Em contrapartida, este aspecto é superado a partir de sua conscientização quanto a importância que tem para a unidade (LOPES et al., 2007). Outro aspecto referenciado pelos participantes foi às atividades desenvolvidas em equipe e a preocupação entre os colegas na ajuda mútua, a qual favorece para o bom desempenho de suas funções e na qualidade do cuidado prestado. A importância que esta unidade tem em uma instituição de saúde é muito ampla, pois para a equipe de saúde, oferta o material indispensável para a execução das atividades; para o paciente, a segurança do atendimento e para à instituição, consequentemente, contribuindo para a assistência de qualidade (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997). Por fim, a educação continuada foi referenciada como algo imprescindível e parte integrante do processo de trabalho. Estudo realizado sobre educação continuada em CME, constatou que por se tratar de uma unidade vital, a equipe de enfermagem necessita de um constante aprendizado e preparo para exercer suas funções. É uma estratégia primordial para o envolvimento e valorização dos funcionários, estes que executam tarefas extremamente importantes para o cuidado indireto do paciente (SOUZA; CERIBELLI, 2004; ATHANÁZIO; CORDEIRO, 2015). Através deste, é possível rever as ações e aprimorar o conhecimento da equipe. Conclusão: ao término do estudo, constatou-se que o CME é percebido pelos técnicos de enfermagem como um setor diferenciado pelo trabalho ali realizado, se comparado com as demais unidades. Por vezes, existe a insatisfação pessoal, devido à desvalorização por colegas de outros setores, no entanto, é superado devido a consciência do profissional sobre a importância do seu trabalho para a instituição. Trabalhar em equipe e a ajuda mútua também são pontos relevantes no estudo e que favorecem a qualidade do serviço prestado. Aliado a tudo isso, a educação continuada se torna primordial para o desempenho de suas funções de forma correta e eficaz. Espera-se que os dados deste estudo possam colaborar de forma positiva na criação de estratégias de incentivo e melhorias no processo laboral da equipe de enfermagem. Além disso, sugere-se novos estudos que ampliem o conhecimento nesta área pouco explorada, a qual tem grande influência para uma assistência qualificada.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Esterilização. Ergonomia.

## REFERÊNCIAS

- ATHANÁZIO, A. R.; CORDEIRO, B. C. Educação permanente a trabalhadores da central de material e esterilização. **Revenferm UFPE online.**, Recife, v. 9, n. 6, p.8758-61, jul. 2015.
- ASCARI, R. A. et al. O processo de esterilização de materiais em serviços de saúde: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 4, n. 2, p. 33-38, set-nov.2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde**. 2.ed., Brasília, 1987. (Série A: Normas e manuais técnicos, 4).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações gerais para Central de Esterilização**. Brasília; 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n. 307, de 14 de novembro de 2002**. Altera a Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde [legislação da Internet]. Brasília; 2002.
- GIL, R. F; CAMELO, S. H; LAUS, A. M. Atividades do enfermeiro de Centro de Material e Esterilização em instituições hospitalares. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 927-34, out-dez. 2013.
- LOPES, D. F. M. et al. Ser trabalhador de enfermagem da Unidade de Centro de Material: uma abordagem fenomenológica. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 41, n. 4, p. 675-682. 2007.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

SILVA, M. d'A. A.; RODRIGUES, A. L.; CESARETTI, I. U. R. **Enfermagem na unidade de centro cirúrgico**. 2. ed.; rev. e ampl. São Paulo: E.P.U., 1997. 249 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. **Práticas recomendadas SOBECC**. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009. 301 p.

SOUZA, M. C. B.; CERIBELLI, M. I. P. F. Enfermagem no centro de material esterilizado - a prática da educação continuada. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 5, p.767-74, set./out. 2004.

## COMO ESTÁ SUA SAÚDE MENTAL? UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

FANTINI, A.<sup>1</sup>; OLIVEIRA, P.G.<sup>2</sup>; VIEIRA, A.M.<sup>2</sup>; CANTELE, A. B.<sup>3</sup>

Desenvolvimento Humano, Saúde e Educação

Introdução: “No decorrer da história, houveram mudanças na forma de olhar, pensar e cuidar da pessoa em sofrimento psíquico, deixando as práticas desumanas existentes, até então, nos Hospitais Psiquiátricos” (FELTES; HOCH, 2012). Com a Reforma Psiquiátrica um novo modelo de atendimento surgiu visando a integralidade do cuidado com ênfase nas necessidades individuais, descentrando a doença e passando a dar mais ênfase ao ser em sofrimento que é único e deve ser tratado de forma equânime (ALVES et al., 2017). Diretamente relacionada a qualidade de vida está o bem-estar mental, este por sua vez é determinado por inúmeros fatores dentre eles as relações estabelecidas ao longo da vida, a saúde, e a satisfação com a vida vivida (GALINHA; RIBEIRO, 2005). Antigamente os portadores de transtornos mentais sejam eles quem fossem, eram considerados desajustados e por sua vez passavam a ser excluídos socialmente, por esse fato histórico o ser humano até os dias atuais tenta fugir de perguntas que abalam seu ego ou sua própria saúde, por inúmeras vezes sentir-se constrangido e com medo de ser estigmatizado (TABORDA, 2014). A maioria das pessoas pensa no ser humano como um ser orgânico, apenas com necessidades físicas sem pensar o quanto a saúde mental está ligada ao processo de adoecimento seja ela físico ou psíquico. A enfermagem psiquiátrica foi marcada por um modelo controlador, vigilante e punitivo devido às práticas que realizava em manicômios, somente anos depois passou a compor um modelo que aplicava a assistência especializada com foco em comunidades terapêuticas. Por sua vez o Enfermeiro é mediador do cuidado, e da conscientização, com capacidade de pregar a empatia e de se responsabilizar pelo sujeito e pela sua saúde, seja ela física ou mental (VILELA; SCATENA, 2004). Muitas pessoas mostram dificuldade em serem cuidadas e questionadas, e em aceitar sua forma de ser e seus problemas referentes à Saúde Mental, colocam-se limites e não acreditam em seu potencial, necessitando dessa forma muito mais apoio emocional para se sentir valorizado e em equilíbrio (OLIVEIRA et.al, 2009). Logo, levantar questionamentos referentes à saúde mental dos indivíduos é muito importante. “A prevenção que é realizada por meio de abordagens lúdicas e interativas permite que surjam emoções de aceitação do outro [...]” (BRASIL, 2015). É possível de forma interativa criar situações que façam com que as pessoas parem e pensem em sua condição de vida, suas ações e a influência dessa em sua saúde mental e física. Provocar as pessoas para questionamentos como: “COMO ESTÁ SUA SAÚDE MENTAL” é um meio de fazer com que cada uma revise sua vida e seu modo de ser, podendo permitir que mudem ações, pensamentos e passem a cotidianamente enriquecer sua saúde mental e melhorar sua qualidade de vida. Objetivo: Fazer com que cada pessoa volte o olhar para suas vulnerabilidades psíquicas e sua própria saúde mental, fazendo este questionamento de forma constante com respostas que comprovem para si o seu estado de equilíbrio, analisando as fâcias de cada pessoa frente a questionamentos referentes a saúde mental e discutindo possíveis motivos para tal resposta. Metodologia: A atividade aconteceu no dia 27 de maio de 2017 na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Erechim e contou com orientação da professora da disciplina de enfermagem psiquiátrica e dos acadêmicos do 4º semestre da turma 2016, do curso de graduação em enfermagem. Teve como público alvo funcionários, professores e alunos da instituição. O questionamento foi realizado por meio de cartazes pretos, escritos na cor branca a frase: “COMO ESTÁ SUA SAÚDE MENTAL”, e os alunos usaram em suas cabeças meias pretas, saindo pela universidade tendo como locais salas de aula, salas administrativas e caminhada pelo Câmpus. A abordagem foi

<sup>1</sup> Acadêmica do quarto semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde. Bolsista do projeto de pesquisa no PIIC/URI.

<sup>2</sup> Acadêmica do quarto semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim.

<sup>3</sup> Enfermeira. Graduada pela Universidade de Passo Fundo - RS. Pós-graduada em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem, Santa Maria - RS. Título de Especialista em Enfermagem Oncológica pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica – SBEO. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Erechim - RS. Integrante do grupo de estudo em saúde e enfermagem (GESE/URI), do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

realizada através da apresentação do questionamento, porém sem verbalização, utilizando-se apenas de observação das reações. Resultados e Discussões: Participaram da atividade várias pessoas que responderam das mais variadas formas como, desviando o olhar, demonstrando interesse, dois participantes disseram que ‘estavam nas drogas’, algumas demonstraram impactadas com o questionamento, outras riam, outros rapidamente mudaram sua expressão. “A equidade, princípio tão precioso para a construção de uma saúde para todos, precisa ser entendida como um princípio da prevenção”, sem equidade o entendimento das ações e acesso aos serviços torna-se prejudicial para muitos, para que de fato ocorra a prevenção é primordial que primeiramente seja elaborado um conhecimento sólido, que só é despertado por meio de ações de promoção em saúde que abrangem os mais diferentes determinantes em saúde, dentre esses e não menos importante a saúde mental dos cidadãos (BRASIL, 2015). “De fato, ao mesmo tempo em que uma ação pode ser geradora de sofrimento psíquico, também pode ser oportunidade de desenvolvimento pessoal e psicossocial do ser humano” (OLIVEIRA et al., 2009). Alguns demonstraram-se reflexivos e falaram ‘*Está Ótima!*’, ‘*Não está nada boa!*’, ‘*Mais ou menos!*’, ‘*abalada!*’, ‘*péssima!*’ ou ‘*muito ruim!*’, ‘*horrível!*’, outras tantas não deram importância, abaixaram a cabeça, mostraram-se envergonhadas, alguns elogiaram a atitude outros mostraram indiferença, alguns questionaram se não eram os aplicadores que estavam com problema mental, mostraram dúvida, um participante encheu seus olhos de lágrimas, alguns debocharam, outros apoiaram a iniciativa e queriam contribuir para que mais pessoas vissem o questionamento. “Há uma necessidade emergente de criar conexões entre diversas ações em saúde mental de modo a torná-las mais potentes quanto a suas capacidades de produção de mudança” (BRASIL, 2015). Para os diversos assuntos que são trazidos ao longo dos anos como tabu, são necessárias discussões acerca desses para que o medo se transforme em entendimento e oportunidade de mudança. Mais do que isso, desta forma proporciona-se o autoconhecimento e o empoderamento das questões que dizem respeito às emoções. Conclusões: Visto o interesse de várias pessoas frente ao questionamento, denota-se a necessidade de ampliar este tipo de ação. Além disso, ressaltar a saúde mental é uma forma de oportunizar as pessoas a mudarem suas atitudes e pensamentos. Através dessa atividade pode-se perceber que as pessoas não se fazem este questionamento, ou que negam suas emoções, que inúmeras reações foram em busca de negar a real situação mental. COMO ESTÁ SUA SAÚDE MENTAL? Perguntar-se diariamente é um exercício prazeroso e que amplia o olhar a respeito do eu interior de cada pessoa, bem como a sua individualidade e necessidades.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Promoção da Saúde. Equidade.

#### REFERÊNCIAS:

- ALVES, P.F et.al. Indicadores qualitativos de satisfação em saúde mental. Rio de Janeiro: **Saúde debate**, n. especial, v.41, p. 50-59, 2017.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Saúde Mental em Dados: Prevenção do uso de álcool e outras drogas em escolas e comunidades, Brasília (2013-2015).  
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Preven---o-em-Dados--2013-2015-.pdf>
- FELTES, D.L; HOCH, V.A. **Saúde Mental: (re)conhecendo a pessoa em sofrimento psíquico em suas potencialidades**. Santa Catarina, 2012. <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/02/Artigo-Danielle-Lasarotto-Feltes.pdf>
- GALINHA, I. C.; RIBEIRO, J. L. P. História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. Portugal: **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 6, n. 2, p. 203-214, 2005.
- OLIVEIRA, T.T.S.S; LEME, F.R.G; GODOY, K.R.G. **O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática**. v.12. Barbacena: Mental. p.119-138, 2009.
- TABORDA, J.C. **Saúde Mental na Primária e na Saúde da Família**. Portal educação. Mato Grosso **Atenção** do Sul: Portal Educação, 2014.
- VILELA, S.C; SCATENA, M.C.M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. Brasília: **Rev Bras Enfer**. v.57, n.6, p.738- 741, 2004.

## CONHECIMENTO DE UMA PACIENTE SOROPOSITIVA PARA HTLV: ESTUDO DE CASO

MENEGHETTI, E.<sup>1</sup>; FUNGHETTO, D.<sup>2</sup>; TOZZO, S.<sup>3</sup>; CANTELE, A. B.<sup>4</sup>; BIDEL, R.<sup>5</sup>

**Introdução:** O Estágio Supervisionado IIB realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS), proporciona ao acadêmico de enfermagem compreender o real papel do Enfermeiro nesta unidade, entender sobre uma doença que é desconhecida pela comunidade e muitas vezes pelos profissionais de saúde. Conforme Santos (2017), pertencente à família Retroviridae, o Vírus Linfotrópico de Células T Humanas (HTLV) encontra-se espalhado mundialmente, sendo que a maioria dos portadores são assintomáticos e na saúde pública a doença é negligenciada. O HTLV se divide em dois grupos, o HTLV-I e HTLV-II, o primeiro associa-se a doenças neurológicas degenerativas graves, como a paraparesia espástica tropical, e, hematológicas, como a leucemia e o linfoma de células T humana do adulto (ATL), tendo como prováveis enfermidades relacionadas, as uveítes, poliartrites, dermatites e polimiosites. Já o HTLV-II, sua ligação ainda não foi plenamente esclarecida com alguma patologia determinada. Segundo Bittencourt (2008), a transmissão se dá por 3 vias: via vertical, através da amamentação e do canal do parto, via horizontal, mediante relação sexual e via parenteral, pela transfusão sanguínea ou pelo uso compartilhado de materiais perfurocortantes contaminados. A soro positividade para o HTLV é mais acentuada em mulheres do que em homens. Esta diferença se dá pois em homens desenvolve-se por via sexual e em mulheres por transfusão sanguínea. É uma doença pouco conhecida pela população, profissionais de enfermagem, bem como pelos seus portadores, e é frequentemente confundida com o vírus HIV, causador da AIDS. Realizar o diagnóstico clínico da doença é incomum, os exames laboratoriais são suficientes, pois eles detectam anticorpos no sangue (SANTOS, 2017). Segundo Costa (2005), é através da história do paciente que é realizada a investigação da doença, onde síndromes mais complexas como, medular, neuropática periférica e muscular podem estar presentes. O HTLV, é uma doença que inicia lentamente e vai progredindo aos poucos, tendo seu maior acometimento na medula torácica baixa, seus sinais e sintomas mais comuns são a fraqueza muscular nos membros inferiores e espasticidade (contrações musculares involuntárias), que podem estar associadas ou não a desordem dos esfíncteres e das sensações, perda de sensibilidade, impotência sexual, anormalidade intestinal e miccional. O tratamento da doença é feito por meio da realização de sessões de fisioterapia, tonificando os membros superiores e o tronco, treinamento de equilíbrio estático e dinâmico, exercícios de relaxamento muscular, uso de órteses, exercício de marcha, terapia ocupacional em cadeirantes e uso de medicamentos antirretrovirais. **Objetivo:** Relatar a experiência de um grupo de acadêmicas de enfermagem na realização de um estudo de caso realizado com uma paciente portadora de HTLV. **Metodologia:** Estudo de caso realizado por um grupo de acadêmicas do 10º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI, duas professoras supervisoras e uma agente comunitária de saúde, teve como local uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município de médio porte ao norte do Rio Grande Sul, foi desenvolvido no período de 16 de agosto à 26 de setembro de 2017 e incluiu como participante uma moradora portadora da doença HTLV, de uma determinada área do bairro onde as acadêmicas estavam inseridas. Foram realizadas visitas domiciliares a residência da paciente portadora de HTLV e posteriormente entrevista elaborada pelas acadêmicas. A escolha da mesma se deu por ser uma doença desconhecida por muitos profissionais da área da saúde e instigou as acadêmicas a realizarem o presente estudo de caso. **Resultados e Discussões:** Os resultados obtidos com este estudo de caso foi o desconhecimento em relação a doença, onde os sintomas do adoecimento são dores, comprometimento dos membros inferiores, impondo limitações nas atividades diárias acarretando em inúmeras mudanças na vida cotidiana. Segundo Santos (2017), estudo realizado em Salvador – Bahia com mulheres portadoras de HTLV, revelou que as entrevistadas, expressaram o

<sup>1</sup> Acadêmica do 10º semestre do curso de Graduação em Enfermagem Uri Erechim.

<sup>2</sup> Acadêmica do 10º semestre do curso de Graduação em Enfermagem Uri Erechim.

<sup>3</sup> Acadêmica do 10º semestre do curso de Graduação em Enfermagem Uri Erechim.

<sup>4</sup> Enfermeira. Especialista. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Temática de Gênero, Mulheres, Etnia, Educação, Saúde e Trabalho - GMEEST do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

quanto a doença é desconhecida, dificultando associar o vírus aos sintomas que surgem. O diagnóstico acontece na maior parte das vezes um longo tempo após o início dos sintomas e dentre os principais sinais estão as limitações físicas que acabam por interferir na vida diária das mulheres. A paciente com idade de 42 anos, casada, adquiriu a doença através de transfusão sanguínea, após um acidente de carro quando tinha 8 anos de idade. Conforme Viana (2014), 5% dos indivíduos são soropositivos para o HTLV, doença endêmica no Brasil, e é mais frequente nas mulheres se manifestando entre a quarta e quinta década de vida. A manifestação da doença se deu após o período gestacional quando ela tinha 20 anos. As primeiras manifestações clínicas ocorreram dois dias pós o parto quando a mesma teve perda de força muscular nos membros inferiores, não conseguindo nem mesmo se colocar de pé, sendo que foi diagnosticada após 6 anos com investigação multiprofissional em várias áreas da medicina. Não é comum a solicitação de exame laboratorial para realizar a triagem sorológica do vírus HTLV, apesar de suficiente para sua confirmação diagnóstica, muito menos há oferta pelo Sistema Único de Saúde de teste rápido para este fim. Mesmo após testados, os indivíduos, permanecem sem as informações claras e não recebe orientações importantes (SANTOS, 2017). Após a confirmação do diagnóstico a mesma descobriu que não poderia ter feito parto vaginal e nem mesmo a amamentação é aconselhável em gestantes portadoras da doença, no entanto sua filha foi amamentada por exatos dois anos. Recebe auxílio de uma instituição, no qual tem convênio com hospital local para consultas, realização de exames, e internação. Também se desloca para Porto Alegre, com auxílio da prefeitura local, para realizar tratamento a cada três meses com injeções de Botox em membros inferiores, evitando que os mesmos atrofiem. Na parte fisiológica, tem controle de esfíncteres, fazendo uso de fraldas somente em saídas mais longas de sua residência, tais como consultas médicas ou viagens para exames na capital. A casa foi adaptada para ter maior autonomia, com barras, rampas, portas adaptadas no estilo vai e vem, móveis ao nível da cadeira de rodas, onde a mesma pode realizar todas as tarefas domésticas diárias, pois a não conta com auxílio de diarista. Sem histórico na família para a doença, esposo e filha fazem exames regularmente para detectar se há aparecimento da doença. Conclusão: A partir do estudo de caso realizado, pode-se perceber a importância dos profissionais de saúde adquirirem mais conhecimento sobre a doença HTLV, para passarem esclarecimentos ao paciente e a população sobre o vírus, a fim de elucidar dúvidas sobre a diferença dos sinais e sintomas do HTLV em relação com o HIV, pois os mesmos não sabem identificar quais são os sintomas referentes a doença. É muito importante os profissionais de saúde conhecerem e se aprofundarem mais sobre a doença, para que a mesma não continue no desconhecimento geral, sendo necessária a criação de políticas públicas voltadas para a detecção precoce, afim de garantir a conduta adequada para a prevenção e necessidade de cuidados integrais e humanizados para com esse paciente, afim de permitir um acolhimento das necessidades do mesmo. A importância do envolvimento dos profissionais da área da saúde, podem garantir uma melhor qualidade de vida ao paciente portador da doença HTLV.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Estudo de Caso. Infecções para HTLV.

## REFERÊNCIAS

- BITTENCOURT, A. L; FARRÉ, L. Leucemia/linfoma de células T do adulto. **An Bras Dermatol.** vol.83 n.4, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n1/1414-462X-cadsc-25-1-45.pdf>
- COSTA, C. M. C et.al, Guia de manejo clínico do paciente com HTLV. **Arq Neuropsiquiatr.** 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004282X2005000300036&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004282X2005000300036&script=sci_abstract&tlng=pt)
- SANTOS, A. C. C. et.al, (Des)conhecimento, adoecimento e limitações impostas pelo HTLV: experiências de mulheres soropositivas. **Cad. saúde colet.** vol.25 no.1 Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n1/1414-462X-cadsc-25-1-45.pdf>

## ALTERAÇÕES GESTACIONAIS INDUZIDAS POR DIFERENTES CONCENTRAÇÕES DE FRUTOSE ADICIONADAS À RAÇÃO DE RATAS WISTAR

VEDOVATTO, Andressa<sup>1</sup>; DENTI, Irany<sup>2</sup>; CICHOTA, Luiz Carlos<sup>3</sup>; COLOSSI, Josilei Lopes<sup>4</sup>; DA COSTA, Adriana<sup>5</sup>; KAMMLER, Luciele Regina<sup>6</sup>

**Introdução:** a frutose é um carboidrato simples que encontra-se presente na alimentação do ser humano desde a antiguidade. O fígado, rim e intestino delgado são os principais locais do metabolismo da frutose além do tecido adiposo e estruturas do sistema nervoso central (GIBSON et al., 2007; CAMPOS; TAPPY, 2016). O consumo adequado de frutose existente em alimentos naturais possui efeito positivo na sua ação como fonte energética, porém existem estudos que apontam uma mudança na alimentação da população brasileira, observando-se redução da ingestão de legumes, frutas e hortaliças e aumento significativo no consumo de açúcares simples como a frutose devido a expansão do emprego deste carboidrato em alimentos e bebidas industrializadas. Esta alteração na dieta pode proporcionar elevação das taxas de lipídios totais e triglicerídeos na circulação sanguínea. (BARREIROS; BOSSOLAN; TRINDADE, 2005). Frutosemia é a nomenclatura empregada para descrever o excesso de frutose plasmática após o consumo deste açúcar na dieta. A ingestão excessiva de frutose em humanos pode ocasionar alterações no metabolismo como a elevação do ácido úrico circulante, elevação nos níveis de colesterol, triglicerídeos, possivelmente devido ao aumento do catabolismo dos nucleotídeos ou da elevação na síntese de purinas, além de ocasionar comprometimentos especialmente do aparelho circulatório, hepático e renal, colaborando para a surgimento da síndrome metabólica. (DAVIES et al., 1998). O consumo demasiado de frutose na dieta também eleva a lipogênese no fígado, ocasionando o acúmulo de lipídios neste órgão, assim como o surgimento de resistência à insulina (MONTGOMERY et al., 2015). Além disto, Saben et al. (2015), mostraram que dietas contendo alta concentração de frutose colaboram com o surgimento da síndrome metabólica, sendo que esta se torna um problema para mulheres em idade fértil pois está relacionada com falhas na reprodução, dentre eles, a infertilidade e aborto. Nas referências consultadas, incluindo meios eletrônicos como PUBMED, SCIENCE DIRECT, MEDLLINE e ISY, verificam-se poucos estudos que relacionem complicações da frutosemia à gestação, bem como complicações desta no período da organogênese para a prole. Também não encontramos estudos que esclareçam as concentrações de frutose na gestação. **Objetivo:** determinar a concentração de frutose compatível com a gestação de ratas Wistar prenhas e seus efeitos ao longo da gestação. **Metodologia:** O presente estudo possui abordagem quantitativa, experimental e laboratorial, sendo desenvolvido em laboratórios localizados nas dependências da URI- Erechim. Foram utilizadas 25 Ratas Wistar com 60 dias de vida, onde estas foram colocadas para acasalar com machos da mesma linhagem. Após a detecção de prenhas, efetuada através da visualização microscópica de espermatozoides presentes no esfregaço de material do canal vaginal, as fêmeas foram divididas em 5 grupos, contendo 5 animais cada grupo. O grupo controle recebeu ração comercial e os demais ração com adição de frutose nas concentrações 65%,40%,30% e 20%. A eutanásia foi efetuada no 19º dia de gestação através da câmara de CO<sub>2</sub> e após foi coletado dados maternos, fetais e sangue. **Resultados e discussões:** Em relação ao número de fetos, o grupo tratado com 65% de frutose apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p<0,05$ ) comparado a todos os outros grupos. Houve também diferença estatisticamente significativa ( $p<0,01$ ) no peso dos fetos dos grupos tratados com 65% e 30% quando comparados ao grupo controle. Considerando o número e o peso dos fetos é possível inferir que a ingestão de frutose a 65% foi tóxica

<sup>1</sup> Acadêmica do 10º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem– GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde. Bolsista PIIC/URI.

<sup>2</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela UFSC – SC. Doutor em enfermagem. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>3</sup> Farmacêutico, Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Santa Maria. Professor do Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Erechim.

<sup>4</sup> Acadêmica do 10º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim.

<sup>5</sup> Acadêmica do 10º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim.

<sup>6</sup> Acadêmica do 10º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim.

para a gestação. Outro dado importante e digno de registro é o peso dos fetos do grupo tratado com frutose a 65% e 30%. Estes dados são relevantes se forem comparados a serem humanos: fetos com baixo peso e sobrepeso estão associados a riscos à saúde, mais acentuadamente para os que apresentam baixo peso. Baixo peso ao nascer em humanos está associado a elevação do índice de morbidade e mortalidade infantil e ao déficit de crescimento e desenvolvimento; o alto peso pode levar a complicações no momento do parto e eventualmente esta situação pode estar associada a distúrbios metabólicos das progenitoras. No estudo atual observou-se distúrbios metabólicos, mostrados através das taxas de colesterol, ácido úrico e glicemia além de alteração de enzimas hepáticas. Em estudo realizado por Saben et al. (2016) foram analisados os efeitos de uma dieta com elevada concentração de frutose na gestação de camundongos. Nessa pesquisa utilizou-se dois grupos de fêmeas, um alimentado com altas taxas de frutose (66,8% de frutose, 20,2% de proteína, 12,9% de gordura) e um com comida normal (28,5% de Proteína, 58% de carboidrato complexo, 13,5% de gordura) durante seis semanas, após as fêmeas foram colocadas para acasalamento. Através de análises percebeu-se que as fêmeas do grupo que recebeu altas concentrações de frutose presente na dieta apresentaram menores taxas de gravidez e diminuição no número de fetos. Para entender esse fenômeno os pesquisadores realizaram experimentos artificiais de decidualização e descobriram que a ingesta de altas taxas de frutose prejudica este processo, pois promove um ambiente pró-oxidativo no endométrio, diminuindo a síntese de hormônios esteróides e promovendo um ambiente uterino adverso. Em nosso estudo, foram encontradas também diferenças estatisticamente significativas nas taxas de colesterol total do grupo tratado com 65% de frutose ( $p < 0,001$ ) e com o grupo tratado com 20% ( $p < 0,01$ ); na comparação da glicemia os grupos tratados com 65% e 40% ( $p < 0,05$ ) e na aspartato aminotransferase (AST) do grupo tratado com 65% ( $p < 0,01$ ) com os todos os demais grupos tratados ( $p < 0,001$ ). Não foi evidenciada diferença estatística em relação ao ácido úrico, creatinina e Alanina aminotransferase (ALT). As aminotransferase consideradas essenciais são, principalmente, a (ALT) e (AST), pois são essenciais na identificação de várias modificações metabólicas (BARBOSA et al, 2010). Essas enzimas encontram-se principalmente no músculo, no cérebro e no fígado, sendo que o aumento da sua concentração na corrente sanguínea representa necrose ou moléstia nesses tecidos. No fígado a ALT é localizada especialmente no citoplasma do hepatócito, já 80% da AST é encontrada na mitocôndria. Esse diferencial na localização de cada enzima facilita o diagnóstico e prognóstico de patologias hepáticas. Na ocorrência de um agravo hepatocelular leve a enzima encontrada no soro é a citoplasmática, já em danos sérios a enzima liberada é a mitocondrial, aumentando a relação AST/ALT (OLIVEIRA; NAGEM; RIBEIRO, 2005). Podemos perceber que o grupo tratado com 65% de frutose sofreu danos hepáticos graves, pois possuem elevação na AST apresentando diferença estatisticamente significativa quando comparado aos outros grupos, isso ocorre devido a toxicidade ocasionada pela ingesta de altas concentrações de frutose presente na dieta. Conclusão: Os resultados sugerem que o excesso de consumo de frutose prejudicou a fertilidade, o metabolismo e a homeostasia do peso da prole de ratas Wistar, possivelmente provocado por distúrbios metabólicos.

**Palavras-chave:** Frutose. Ratos. Toxicidade.

## REFERÊNCIAS

- BARREIROS, R. C; BOSSOLAN, G; TRINDADE, C. E. P. Frutose em humanos: efeitos metabólicos, utilização clínica e erros inatos associados. **Revista de Nutrição**. v.18, n.3, p.377-389, maio/jun. 2005.
- CAMPOS, V.C; TAPPY, L. Physiological handling of dietary fructose-containing sugars: implications for health. **International Journal of Obesity**, v. 40, p. 6-11. 2016.
- DAVIES, P.M et al. Plasma uridine as well as uric acid is elevated following fructose loading. **Adv Exp Med Biol**, v. 431, p.31-35. 1998.
- GIBSON, P.R et al. Review article: fructose malabsorption and the bigger picture. **Aliment Pharmacol Ther**, v. 25, p. 349–363. 2007.
- MONTGOMERY, M. K et al. Disparate metabolic response to fructose feeding between different mouse strains. **Scientific Reports**, v.5. 2015.
- OLIVEIRA, T. T; NAGEM, T. J; RIBEIRO, J. N. Análise sérica das enzimas aspartato aminotransferase, alanina aminotransferase e gama glutamiltranspeptidase de coelhos adultos tratados com extrato bruto de própolis. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica Aplicada**, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 25-28. 2005.
- SABEN, J. L et al. Excess maternal fructose consumption increases fetal loss and impairs endometrial decidualization in mice. **Endocrinology**, v.157, p.956-968. 2016.

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE – conteúdos e aproximações na experiência de acadêmicos de enfermagem

Luciele Kammler; Andressa Vedovatto; Adriana Da Costa; Josilei Colossi; Iago Sassi, Samuel Salvi Romero

Área Temática: Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**Introdução:** A enfermagem é uma mistura de arte e ciência que tem como base profissional o cuidado humano. O cuidado de enfermagem vai muito além da assistência ao doente ou à doença, uma vez que tem como principal foco a saúde sob uma perspectiva integral, humana e longitudinal. Torna-se relevante salientar que a promoção da saúde e a educação em saúde contribuem para a promoção da qualidade de vida no cotidiano dos usuários e produzem olhares ampliados em equipes e organizações. A prática da educação em saúde está em evidência, uma vez que é reconhecida como uma estratégia promissora para enfrentamentos de dissonâncias e problemáticas em saúde existentes nos serviços, redes de atenção e contextos sociais em geral (MENDES, 2017). O enfermeiro destaca-se no que diz respeito ao cuidar por meio da educação em saúde já que esta ferramenta está inserida no contexto da gestão do cuidado e a enfermagem é responsável por interlocuções importantes no planejamento educativo dos serviços. Esta premissa alcança a máxima de busca por conscientização da situação saúde-doença dos usuários, além de orientações seguras aos usuários e sua família, tornando-os sujeitos de transformação de sua própria história (SOUZA, et al, 2010). A educação em saúde deve ser entendida como estratégia de prevenção e promoção e neste sentido prevê-se uma preocupação com a melhoria das condições de vida e de saúde da população. Para que se alcance um nível adequado de saúde é considerável que as pessoas saibam identificar e realizar suas necessidades básicas estando aptas para adotar mudanças, comportamentos, atitudes e práticas e também dispor de meios que preparem para estas mudanças. Assim, a educação em saúde contribui para que as pessoas possam adquirir autonomia para poder utilizar e identificar a melhor maneira de autocuidado, além de manter e/ou melhorar a sua condição de vida. A educação em saúde relaciona-se com a aprendizagem, assim, podemos dizer que é realizada pra promover saúde e voltada a atender a população de acordo com sua realidade (OLIVEIRA, 2014). A educação em saúde gera conflitos nas pessoas, fazendo com que os indivíduos possam pensar e repensar sobre sua cultura e ele próprio possa transformar a sua realidade. Assim, torna-se necessário orientar a população, mostrar alternativas para que tomem atitudes que possam proporcionar saúde em seu sentido mais amplo e considerar. É uma ferramenta importante e fundamental para as práticas em saúde. **Objetivo:** relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem no desenvolvimento de atividades de educação em saúde na comunidade. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de acadêmicos do décimo semestre do curso de graduação em enfermagem da URI Erechim acerca de atividades de educação em saúde realizadas durante as práticas da disciplina de estágio supervisionado IIB, no período de dezesseis de agosto à vinte cinco de setembro de dois mil e dezessete. O estágio foi desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde de um município de médio porte localizado na região norte do estado do Rio Grande do Sul. A descrição das atividades teve como subsidio as ações baseadas na educação em saúde construídas em espaços de discussão social como escolas, ONGs, empresas. Além disso, toma-se como parâmetro as características da educação em saúde discutidas em sala de aula, *feedbacks* diários, observação de técnicas utilizadas pelas equipes de saúde e reflexões baseadas na literatura atual, além das experiências pessoais de cada acadêmico. **Resultados:** As considerações apontadas para a construção de atividades de educação em saúde tomam como fundamento as necessidades que se apresentam na comunidade e em suas organizações, bem como, nas vulnerabilidades de usuários e suas famílias. Desta forma, os acadêmicos acompanhados do professor orientador construíram planos de ações que tratavam de intervenções coletivas a serem realizadas e buscavam diagnosticar deficiências observadas no conhecimento do território e sua população adstrita. Os assuntos mais recorrentes e contratuados com os espaços foram relacionados a infecções sexualmente transmissíveis, melhoria da qualidade de vida, hipertensão, diabetes, promoção de cidadania em saúde e reflexões para o autocuidado humano em suas diversas dimensões, universos e necessidades. Foram realizadas falas, conversas e rodas de discussão, momentos em que a fala foi adequada para cada público e faixa etária, possibilitando compreensão integral das propostas ofertadas. Os materiais oferecidos e construídos versaram entre apresentações que

utilizaram de mídia e ferramentas didáticas, atividades lúdicas, dinâmicas grupais e escuta direta ao usuário acerca de suas deficiências e/ou limitações. Foram oferecidos em momentos oportunos materiais educativos impressos e a oferta de leituras convenientes ao assunto abordado como relatos de casos, observações da própria comunidade e contos específicos. Foram ouvidos os usuários em todas as circunstâncias prevendo a criação de vínculos e uma maior aproximação entre comunidade e UBS. Houve troca e compartilhamento de informações necessárias para que o grupo pudesse incluir em seus planos de ações reflexões mais profundas acerca dos processos de educação em saúde nos territórios, frente à adequação dos mesmos, bem como, estrutura, divulgação e inclusão dos mais diferentes olhares. Todas as atividades foram propostas pelos acadêmicos, revisitadas, estudadas e previamente disponibilizadas à equipe para aprovação e conscientização. Os desafios se encontraram no campo da participação dos grupos mencionados de forma ativa e na construção de relações de confiança, responsabilidade e conscientização. As respostas foram positivas e com a participação adequada imprimindo um status de resolubilidade nas ações propostas. As atividades incitaram nos acadêmicos um olhar ampliado para a postura assumida nas atividades de educação em saúde, contribuindo para a reorganização do planejamento, propostas e intervenções assumidas. Conclusão: O estágio supervisionado intensificou estudos, preparação e autoavaliações importantes no que diz respeito à autonomia do profissional enfermeiro e considerações voltadas a condutas e atividades de administração, gerenciamento e assistência. Permitiu ao acadêmico desenvolver ações inúmeras, importantes para revisar dúvidas e limitações importantes para o desenvolvimento de uma enfermagem segura e atuante. Ao estabelecer provocações importantes para o entendimento da saúde coletiva buscou-se, no estágio supervisionado IIB, produzir discussões interdisciplinares que oportunizassem aprendizado e busca por relações mais seguras e saudáveis no decorrer do processo evolutivo dos usuários assistidos, assim como as produzidas durante os momentos de educação em saúde e os encontros por eles produzidos. Sendo assim, educação em saúde, é uma tática para o enfermeiro garantir a manutenção individual e coletiva que permite o exercício de cidadania e consciência crítica, efetivando mudanças pessoais e sociais, criando sujeitos mais éticos, humanos e solidários, capazes de tornar uma sociedade mais justa.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde; Enfermagem Comunitária; Estudantes de Enfermagem; Promoção da Saúde.

#### **REFERÊNCIAS:**

- SOUZA, L. B. de, et al. Prática de Educação em Saúde no Brasil: A atuação da enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, 2010.
- OLIVEIRA, H. M. de; GONÇALVES, M. J. F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília DF, 2014.
- MENDES, J. D. R., et al. Análise das atividades de Educação em Saúde realizadas pelas equipes de Saúde Bucal. **Revista Brasileira de Promoção Saúde**. Fortaleza, 2017.

## EFEITOS DA ADIÇÃO DE FRUTOSE À DIETA NA GESTAÇÃO DE RATAS WISTAR

COSTA, A da; ROMAN, SS; CHICOTA, LC; DENTI, IA.

**Introdução:** A frutose é um importante carboidrato encontrado nos organismos de animais e na maioria das plantas, tendo sido isolada pela primeira vez em 1847 a partir da cana-de-açúcar (VANG, 1981). Seu nome é originário da palavra latina *fructus*, já que as frutas são uma importante fonte de frutose. Como componente de frutas e outros vegetais, é ingerida regularmente com a dieta. Também é sintetizada no organismo a partir da glicose, via sorbitol, e esse processo se relaciona com a manutenção do equilíbrio óxido-redutivo. A frutosemia é mais conhecida por estar relacionada a erros inatos do metabolismo que podem ter consequências clínicas importantes e também como possível substituta da glicose na dieta dos diabéticos, pelo fato de possuir estrutura química semelhante à da glicose, mas não necessitar da insulina para o seu metabolismo. A intolerância hereditária à frutose é um erro inato do metabolismo dependente da herança autossômica recessiva, causada pela deficiência da enzima frutose-1,6-bisfosfato aldolase ou aldolase B, causados por defeito na função enzimática ou de cofatores (BOUTELDA; TIMSON, 2010). Estes distúrbios levam a alteração da rota metabólica específica, consecutivamente impondo acúmulo de produtos, deficiência na degradação ou no transporte de moléculas (CHIARETTI; OLIVEIRA, 2001) e na rota metabólica observa-se deficiência do produto final acarretando sinais e sintomas muitas vezes graves e pouco específicos ou heterogêneos (WILDER-SMITH et al., 2014). Entretanto, seus efeitos metabólicos, principalmente os relacionados ao metabolismo lipídico e toda uma rede de metabólitos, são bem menos divulgados. A problemática envolvendo a frutose vem ganhando espaços visto que segundo Hallfrisch (1990), produtos industrializados que necessitam a utilização de adoçante, a concentração deste produto pode chegar a 8%. Em alimentos contendo frutas na sua composição o teor de frutose pode alcançar 11% (Matthews, 1992). Produtos como o mel pode conter aproximadamente 40% de frutose (RUMESSEN, 1992). A partir da frutose, em estudos com animais e em seres humanos foi demonstrada a ocorrência do aumento nos triglicérides e ácido úrico após a ingestão de dietas contendo frutose bem como o aumento das enzimas lipogênicas. O aumento da atividade destas enzimas resulta em maior síntese de lipídios e consecutivamente níveis elevados destes na circulação e de lipoproteínas de muito baixa densidade (VLDL) (HALLFRISCH, 1990). **Objetivo:** Determinar os efeitos da frutosemia em ratas Wistar prenhas expostas a ingestão de frutose ao longo da gestação. **Metodologia:** Foram utilizadas 20 ratas Wistar prenhas distribuídas nos grupos controle e tratado. Iniciamos colocando as fêmeas virgens para acasalar com machos da mesma espécie e as prenhas foram detectadas pela coleta de material do canal vaginal através de esfregaço, disposto em lâminas e visualizado em microscópio óptico onde as prenhas foram identificadas através de detecção de esperma. A partir desta data o grupo tratado recebeu até o 19º dia da gestação 65% da ração diária de frutose e as do grupo controle recebeu ração normal. A fim de disponibilizar a referida dieta, para o grupo tratado, foram confeccionados biscoitos contendo 65% de frutose adicionada à ração. As ratas foram sacrificadas em câmara do CO<sub>2</sub> no 19º dia gestacional e neste momento foi coletado o sangue e estruturas maternas e dos embriões. O protocolo de pesquisa para a indução da frutosemia seguiu os padrões utilizados por Elliott (2002) e foi aprovado pelo CEUA da URI Erechim; A identificação dos sítios de implantação foi efetuada através do método descrito por Salewisk (1964) e a Histologia através do método Eosina-hematoxilina. A análise bioquímica foi efetuada com Kits comerciais “Labtest”. Os resultados foram analisados através de estatística descritiva bem como análise de variância ANOVA de uma via e teste “t”. Foram consideradas diferenças significativas quando o valor de  $P < 0,05$ . **Resultados:** A média do peso corporal inicial do grupo tratado foi  $193,4g \pm 10,28$  e o peso final do mesmo grupo foi  $165,2g \pm 10,34$ , havendo diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre o peso inicial e final do grupo tratado e do peso final do grupo controle em relação ao peso inicial; O peso inicial do grupo controle foi  $185,9g \pm 41,01$  e o peso final do mesmo grupo foi  $270g \pm 50,88$ . As diferenças quanto ao peso dos rins e fígado no grupo tratado em relação ao controle houve diferença significativa do fígado do grupo tratado em relação ao controle ( $p < 0,001$ ), não sendo observada diferença estatisticamente significativa entre o peso dos rins. A média do peso dos fetos do grupo controle foi  $8,4g \pm 3,4$  e no grupo tratado não se observou a presença de fetos. A média de corpos lúteos do grupo tratado foi  $8,4 \pm 2,3$ ; média de sítios de implantação, traduzidas como reabsorções precoces  $8,4 \pm 2,3$ ; média de reabsorções tardias do grupo controle  $0,3 \pm 0,66$ . Indicadores relativos à gestação mostraram que existe

significância estatística ( $p < 0,001$ ) entre o número de fetos do grupo tratado e fetos do grupo controle. Não há significância estatística entre os sítios de implantação e reabsorções precoces entre os grupos do grupo tratado visto que a gestação não foi mantida. Há significância estatística ( $p < 0,001$ ) entre as reabsorções precoces e tardias. No grupo tratado observou-se a ocorrência de fixação dos óvulos após a fecundação às paredes uterinas e desprendimento subsequente, constituindo-se em reabsorções precoces. As reabsorções tardias foram evidenciadas somente no grupo controle. Não se verificou diferenças estatísticas entre os sítios de implantação e as reabsorções precoces no grupo tratado, mas existe diferença estatística significativa comparada ao grupo controle. Testes bioquímicos mostraram significância estatística da glicemia e colesterol total do grupo tratado em relação do controle além de haver diferença estatística entre a dosagem do ácido úrico do grupo controle e o grupo tratado. A glicemia média do grupo controle foi  $132,37\text{mg/dl} \pm 36,30$  e do grupo tratado  $227,2\text{mg/dl} \pm 40,82$  ( $p < 0,001$ ); A média do colesterol do grupo controle foi  $59,87\text{mg/dl} \pm 11,85$ ; e do grupo tratado foi  $88,3\text{mg/dl} \pm 14,05$  ( $p < 0,05$ ). A média do ácido úrico do grupo controle foi  $0,88\text{mg/dl}$  e do grupo tratado  $1,82\text{mg/dl}$ , havendo significância estatística ( $p < 0,001$ ). À análise histológica mostrou corte histológico de rim do grupo controle evidenciando-se arquitetura tubular e glomérulos normais. Rim do grupo tratado mostrou túbulos proximais alargados e as demais estruturas com aparência normal. Fígado do grupo controle mostra veia centro lobular e cordões de hepatócitos preservados. Fígado do grupo tratado mostrando hiper cromatina nuclear ao redor da veia centro lobular, hepatócitos apresentam eosinofilia citoplasmática e tumefação. Conclusão: O presente estudo analisou alguns aspectos da gestação de ratas Wistar relacionada com a ingestão de frutose ao longo da gestação além da mensuração de alguns parâmetros bioquímicos como a glicemia, colesterol, ácido úrico além da morfologia, histologia de órgãos maternos e alguns parâmetros fetais. Estes resultados permitem concluir que a ingestão de frutose na concentração proposta pelo protocolo provocou distúrbios metabólicos que inviabilizaram a manutenção da gestação. Esta afirmação está ancorada nas taxas de glicemia e colesterol total, das alterações hepáticas e renais, possivelmente sendo estas responsáveis pela incompatibilidade da manutenção da gestação do grupo tratado.

**Palavras-chave:** Frutose, ratos, gestação.

## REFERÊNCIAS

- BOUTELDJA N, TIMSON, D.J. The biochemical basis of hereditary fructose intolerance. **J Inherit Metab Dis.**, v.33, p.105-112, 2010.
- CHIARATTI DE OLIVEIRA, A. et al. Screening for inborn errors of metabolism among newborns with metabolic disturbance and/or neurological manifestations without determined cause. Sao Paulo, **Med J.**, v.119, n.160-164, 2001.
- ELLIOTT, S.S.; KEIM, N.L.; STERN, J.S.; TEFF, K.; HAVEL, P.J. Fructose, weight gain, and the insulin resistance syndrome. **Am J Clin Nutr.**, v.76, n.5, p.911-22, 2002.
- HALLFRISCH J. Metabolic effects of dietary fructose. **FASEB J**, n.4, p.2652-2660, 1990
- SALEWSKI, E. Método de coloração para um teste macroscópica para pontos de implantação no útero do rato. **Naunyn Schmiedebergs Arch. Exp. Pathol. Pharmacol.**, v.247, p.367, 1964.
- WANG, Y.M.; VAN, E.Y.S. J. Nutritional significance of fructose and sugar alcohols. **Ann Rev Nutr.**, v.1, p.437-75, 1981.
- WILDER-SMITH, C.H. et al. Fructose transporters GLUT5 and GLUT2 expression in adult patients with fructose intolerance. **United European Gastroenterol J.**, v.2, p.14-21, 2014.

## ESTABELECER VÍNCULO COM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ATRAVÉS DE COMUNICAÇÃO EFETIVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

TRINDADE, O. F. <sup>1</sup>; DE CESARO, D. <sup>2</sup>; PEDROSO, M. <sup>3</sup>; CANTELE, A. B. <sup>4</sup>

Desenvolvimento Humano, Saúde e Educação

**Introdução:** Estabelecer relacionamento com cada paciente é pré-condição para atingir metas terapêuticas. Para estabelecer um diálogo é necessário que haja um emissor, um receptor e uma mensagem, sendo que a relação profissional/paciente é assimétrica onde ambos podem desempenhar estes papéis. Para estabelecer um relacionamento profissional/paciente é necessário que o profissional estabeleça alguns pilares que são: acolhimento; escuta; suporte e esclarecimento. O acolhimento envolve um arranjo tecnológico para a organização que visa garantir o acesso aos usuários com objetivo escutar todos os pacientes, resolver problemas e ou referencia-los se necessário. Já a escuta se dá por meio do processo de acolhimento, a pessoa é convidada a falar e a expor suas necessidades. A escuta permite o desabafo e cria espaços para o paciente refletir sobre seu sofrimento e suas causas. Quanto ao suporte enquanto acolhe e escuta, o profissional de saúde pode observar os sentimentos envolvidos naquele instante, auxiliando na busca por soluções para seus problemas. Sobre o esclarecimento muitas vezes o paciente adentra as portas dos serviços de saúde com questionamentos e dúvidas sobre o sinais e sintomas ou sobre determinada condição em que se encontra, até mesmo em busca de orientações sobre como enfrentar. Dessa forma o encontro deve ser mais que acolhedor e vinculante, sendo esclarecedor, com objetivo de desmistificar crenças, aumentar a informação, reduzir a ansiedade ou depressão quando presentes (GONÇALVES; FIORE, 2011). De acordo com BRUNELLO et al., (2007), estabelecer vínculos na saúde, podem ofertar pontos positivos, não só ao profissional, como para os usuários dos serviços de saúde, pois entende-se que com isso, o enfermeiro amplie seu olhar para as necessidades daquela determinada comunidade, buscando assim uma melhoria nos atendimentos. Segundo Santos (2016) os vínculos estabelecidos em saúde, consistem na ampliação da percepção do conceito do processo de saúde-doença, portanto cria-se um elo muito importante entre profissionais da saúde e usuários, propiciando uma relação compromissada, tornando assim uma conexão entre os conceitos, de humanização, responsabilização, acolhimento e integralidade. Criar vínculos responsáveis e positivos, exige uma determinada empatia do profissional pois é imprescindível que este se coloque no lugar do usuário afim de fomentar, auxiliar o indivíduo a superar seus obstáculos. A busca pelo vínculo positivo, tem seu início durante o acolhimento, pois é durante a escuta das necessidades daquela determinada pessoa, que visa sobrepor os condicionantes e determinantes de saúde, e irá surtir positividade nas ações e estratégias criada pelo enfermeiro, e seus usuários (SANTOS, 2016). **Objetivo:** Estabelecer vínculo com usuários de álcool e outras drogas, oferecendo suporte através de comunicação efetiva. **Metodologia:** Relato de experiência realizado por acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da URI, em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD, de um município de médio porte ao norte do Rio Grande Sul. Foi desenvolvido no período de 6 a 10 de outubro de 2017 no turno da manhã e os participantes foram usuários de álcool e drogas do regime intensivo. Para isso, a forma de abordagem aos usuários foi realizada após o café da manhã, quando os mesmos se encontravam no pátio, através de conversa informal. O assunto escolhido foi devido a percepção da necessidade dos mesmos de conversar, desabafar e dividir suas angustias, suas histórias de vida. A atividade faz parte de um dos quesitos a serem desenvolvidos nas aulas práticas da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica. **Resultados e Discussões:** Um dos resultados obtidos com essa atividade foi o interesse demonstrado pelos usuários em conversar com todos os acadêmicos, socializando sua fala no grupo ou mesmo individualmente com cada aluno. Conforme Trinca et al., (2013), a sugestão freudiana de estabelecer o vínculo é imprescindível para o

<sup>1</sup> Acadêmica do 4º semestre do curso de Graduação em Enfermagem URI Erechim.

<sup>2</sup> Acadêmica do 4º semestre do curso de Graduação em Enfermagem URI Erechim.

<sup>3</sup> Acadêmica do 4º semestre do curso de Graduação em Enfermagem URI Erechim.

<sup>4</sup> Enfermeira. Especialista. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

manejo clínico desses pacientes, ou seja, de fundamental importância. A forma de ligar-se ao mundo não é cheia só na analogia com a droga, quando se fala de usuários de álcool e outras drogas. Em muitos momentos percebeu-se a necessidade dos usuários em compartilhar sua vida, suas experiências, tanto do passado como do momento presente. O vínculo está intimamente conexo ao sentido de acolher ou acolhimento, o qual está relacionado ao ato de acolher, a recepção, atenção, hospitalidade. Estabelecer vínculo, sugere colocar-se na altura da outra pessoa deixando ser ela mesma, ou seja, incentivar interações próximas e solidárias, onde o cuidado de enfermagem pontual, simples e mecanicista dê lugar ao cuidado através do diálogo, criativo e inovador. Os significados atribuídos ao acolhimento não se associam diretamente às questões de cuidado em enfermagem, contudo, é possível identificar algumas conexões, tais como: consideração, dar crédito, dar ouvidos, aceitar, oferecer refúgio, proteção ou conforto físico (BACKES et al., 2015). Ainda foi possível observar estarem abertos as orientações quanto a algumas maneiras de enfrentar e melhorar sua dependência. A formação de vínculo, é indispensável para começar qualquer tipo de comunicação, é a partir do entendimento da maneira com que estes indivíduos se conectam à vida, às pessoas e à droga que fica visível o tipo de vínculo estabelecido com a equipe e com o tratamento. Com base neste pressuposto reflete-se que é possível encontrar modos de interferir terapêuticamente com esta população (Trinca et al., 2013). Conforme Gonçalves e Fiore (2011), se faz primordial enfatizar que a abordagem acolhedora e vinculante é importante para que profissionais da Atenção Primária ofereçam cuidados em saúde de maneira integral, buscando atingir de forma igual estes indivíduos com queixas físicas e/ou com algum grau de sofrimento emocional, onde inclui-se os portadores de transtornos mentais. Conclusão: A partir do estudo realizado, pôde-se perceber a importância do profissional enfermeiro em atividades educativas, de orientação e promoção da saúde mencionando também, que devem estar preparados para identificar sinais, sintomas, e agravos que podem estar acometendo estes indivíduos, pois eles atuam como facilitadores entre usuário e profissional de saúde. Desta forma, essa tática baseada na atenção integral, proporciona maior acolhimento ao usuário, melhora a adesão, promove o aumento da cura bem como a reabilitação psicossocial e reinserção social. O campo da saúde mental é responsável por abordar essas populações, acompanhar e solucionar os casos, sem permitir que haja desistência do tratamento por parte dos usuários dependentes. Ao trabalhar com esta população, faz-se necessário voltar os olhares para a necessidade de se repensar as práticas de saúde, promovendo uma visão mais ampliada e humanizada do cuidado, valorizando o acolhimento, a escuta, o suporte e o esclarecimento, bem como conhecimentos, temores e vontades dos pacientes ao lidar com este tipo de doença.

**Palavras-chave:** Vínculo. Usuários Dependentes. Comunicação.

#### REFERÊNCIAS:

- BACKES et.al, Vínculo profissional-usuário: competência para a atuação na Estratégia Saúde da Família. **av.enferm.** vol.33 no.2 Bogotá, 2015
- BRUNELLO, F. E. et.al, **O vínculo na atenção à saúde: Revisão sistematizada na literatura**, Ribeirão Preto, São Paulo, 2009.
- GONÇALVES, D. A; FIORE, M. L. de M. Universidade Aberta do SUS UNA-SUS/UNIFESP. **Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial: a prática da integralidade**. Módulo Psicossocial. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.
- SANTOS, A. C. R; MIRANDA, N. A. F. **Importância do Vínculo entre profissional-usuário na Estratégia de Saúde da Família**. Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2016.
- TRINCA, R. T. et. al, Antropofagia e sustentabilidade: vínculos em mulheres dependentes de substâncias psicoativas. **Vínculo**, vol.10 n.1, São Paulo, 2013.

## ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR E PERDA DA SENSIBILIDADE DOS PÉS DE PACIENTES DIABÉTICOS

<sup>1</sup>RUDNITSKI, DC<sup>1</sup>; <sup>2</sup>TERRES, IS<sup>2</sup>; <sup>3</sup>KESSLER, F<sup>3</sup>; <sup>4</sup>FIGLIOTTI, K<sup>4</sup>; <sup>5</sup>BROCK, F<sup>5</sup>; <sup>6</sup>DENTI, IA<sup>6</sup>;

**INTRODUÇÃO:** Diabetes mellitus (DM) consiste em uma condição clínica em que há elevação da glicemia causada pela incapacidade parcial ou total da secreção de insulina pelas células beta do pâncreas ou pela resistência à insulina, sendo uma desordem metabólica podendo resultar da falta da secreção de insulina ou aumento da resistência a este hormônio. Estudos epidemiológicos mostraram que pessoas diabéticas são mais propensas ao desenvolvimento da deterioração cognitiva, demência, doenças cardiovasculares e infecciosas (CRANE, 2013). Compete ao Enfermeiro inserido em ações de saúde coletiva a abordagem para o diagnóstico, tratamento e controle de eventuais sequelas em portadores de tipo II advindas da DM neuropatia e vasculopatia. Existem consensos de que grande parte do problema do pé diabético está ancorado no déficit de cuidado, do escasso conhecimento da evolução da doença e suas limitações e as condutas terapêuticas adotadas. **OBJETIVO:** O objetivo geral é realizar rastreamento do comprometimento cardiovascular, sensibilidade, alterações anatômicas e funcionais dos pés de pacientes portadores de DM do Município de Erechim e como objetivos específicos classificar o comprometimento cardiovascular, sensibilidade, alterações anatômicas e funcionais dos pés de pacientes portadores de DM. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa de campo, quantitativa, de análise descritiva, e exploratória, cujos dados foram coletados através de visita domiciliar a 70 pessoas portadoras de DM maiores de 18 anos cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Erechim/RS, localizado no norte do estado do Rio Grande do Sul. Foi utilizado o teste com monofilamento de 10 g associado a outro teste. Para teste com o diapasão de 128 Hz segue-se a orientação de Boulton (2008). Para a aferição da PA foi utilizado o método esfigmomanômetro, recomendado por Mion, 2006. Para a verificação da circunferência da cintura (CA), foi utilizado o procedimento recomendado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, inserida na I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (2005). Para o perímetro do quadril (PQ), a fita métrica será colocada horizontalmente em volta do quadril na parte mais saliente dos glúteos. Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, utilizando frequência absoluta e relativa, médias, desvio padrão das variáveis contínuas, correlações e seus intervalos de confiança de 95% para as médias. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da URI através do CAAE 37915214.1.0000.5351. **RESULTADOS:** O grupo do estudo foi composto por 70 pessoas de ambos os sexos 99% possui ensino fundamental incompleto e a grande maioria refere ser sedentários; 57,14% são hipertensos e 28,57% apresentam dislipidemia. À análise do gráfico III mostra que a maioria possui alguma ocupação cujo resultado é a remuneração chamando atenção para o vínculo. Gráfico IV – classificação da pressão arterial. Analisando os parâmetros da pressão arterial, o gráfico IV mostra que 40% mantêm cifras da pressão arterial sistólica e 72,85% da pressão arterial diastólica, dentro dos parâmetros considerados fisiológicos. À análise do gráfico V permite expor a condição do peso. Neste sentido, 34,28% obtiveram índices considerados normais; 37,14% acima do peso; 21,40% obesos; 2,85% obesos grau II e 1,35% obesos grau III. Adicionalmente, 24,28% apresentaram perda da sensibilidade vibratória quando submetidos ao teste com Diapasão de 128Hz e 32,85% apresentaram perda da sensibilidade quando submetidos ao teste com monofilamento de 10g. **DISCUSSÃO:** As pessoas portadoras deste agravo comumente descrevem a impossibilidade para seguir estritamente a prescrições principalmente por problemas relacionados à cultura ao comportamento e em consequência deste impasse em vários momentos os profissionais aceitam resultados pouco desejáveis quanto ao controle glicêmico bem como suas consequências e os portadores do distúrbio metabólico resignam-se com seus resultados. Neste sentido Haywardra et al., (2015) conduziu estudo com

<sup>1</sup> Enfermeira graduada pela URI – Câmpus de Erechim

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim

<sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim

<sup>4</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim

<sup>5</sup> Enfermeiro, Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim

<sup>6</sup> Enfermeiro, Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim

acompanhamento de 5,6 anos a pacientes com diabetes tipo 2, com rígido controle terapêutico para observar a ocorrência de eventos cardiovasculares. Seus resultados apontaram a redução de 8,6% de eventos cardiovasculares para cada 1000 pessoas-ano comparado com o tratamento padrão e não verificou nenhuma melhoria na taxa de sobrevivência global para o grupo do estudo, durante o período. Frequentemente pessoas portadoras de diabetes são afetadas por alterações microvasculares e por comprometimento da função da sensibilidade. No estudo atual encontramos, utilizando testes de sensibilidade vibratória e tátil, verificamos que mais de 50% do grupo do estudo apresentaram algum tipo de perda com adição à deformidade anatômica dos pés. Neste sentido, melhorar o controle glicêmico, segundo Fox (2007), seriam reduzidos os eventos cardiovasculares agudos e a longo prazo complicações como a doença renal e cegueira. Outra complicação importante, segundo a mesma fonte, para os portadores de DM é o desenvolvimento de Hipertensão arterial sistêmica. No estudo atual encontramos mais de 25% de hipertensos, muito embora a maioria dos participantes estejam sob tratamento para hipertensão arterial sistêmica e mesmo assim permanecem com cifras de pressão arterial elevadas. O diabetes tipo 2 é descrito como um forte fator de risco para doença arterial coronariana. No entanto, segundo Ross et al., (2015) esta correlação ainda é carente de estudos mostrando com clareza que a redução da doença cardiovascular pode ser obtida pela redução intensiva da glicemia. No nosso estudo, em várias situações, encontramos a indicação de terapia com pelo menos duas drogas para o controle glicêmico. Outro aspecto importante a ser considerado no tratamento do diabetes é o controle do peso e da glicemia. No estudo atual encontramos parcela significativa (acima de 60%) com peso acima do normal ou obesos. Por ser considerado aspecto importante para o tratamento e por apresentar muitas dificuldades para a redução através da utilização de drogas ou mudanças no comportamento e atitudes. A atividade física é um determinante importante do peso corporal e de várias funções orgânicas. A atividade física e condição física estão sendo apontados como modificadores importantes da morbidade e mortalidade visto que esta condição está também associada ao excesso de peso e obesidade. Este fator pode ser considerado importante visto que o excesso de peso comumente é encontrado em pessoas portadoras de DM. O cuidado e autocuidado são considerados importantes para tratamento da maioria das doenças crônicas. As alterações anatômicas e fisiológicas que justificam o controle glicêmico foram sedimentadas por vários estudos com portadores de DM onde ofereceu clara convicção de que este distúrbio metabólico tem potencial para o desenvolvimento de doenças relacionadas ao aparelho cardiovascular. Para elucidar a causa básica deste problema Wajchenberg (2002) descreve achado como disfunção endotelial, a qual poderia explicar a ocorrência de vasculopatia, provavelmente desenvolvida em consequência das alterações metabólicas devidas a hiperglicemia; achado que também poderia explicar a microangiopatia encontrada em pacientes com esta condição clínica e pela prescrição de drogas para reduzir a adesividade plaquetária. Esta alteração metabólica pode também estar relacionada patogênica aterogênica determinando o comprometimento macrovascular a disfunção do endotélio vascular periférico arteriolar e capilar. **CONCLUSÕES:** Existe dificuldade na identificação da neuropatia diabética por parte dos profissionais da saúde envolvidos no cuidado. A estrutura local dos serviços de saúde não está capacitada para efetuar o teste de sensibilidade. Visando solucionar, pelo menos em parte estes problemas, entendemos que os profissionais envolvidos na estratégia de atenção básica poderiam ser capacitados para agir com indivíduos ou coletividades visando minimizar comportamentos de risco. Aos gestores caberia a tarefa de criar condições econômicas, políticas e ambientais favoráveis para conter o avanço estatístico das doenças crônicas não transmissíveis e seus riscos.

**Palavras-chave:** Risco Cardiovascular; Diabetes Mellitus; Enfermagem.

## REFERENCIAS

- BOULTON AJM et al. **Comprehensive foot examination and risk assessment: a report of the Task Force of the Foot Care Interest Group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists.** Diabetes Care, Alexandria, v. 31, p.1679-1685, 2008.
- CRANE PK. et al. **Glucose levels and risk of dementia.** N Engl J Med. v.369:540-548, 2013.
- FOX CS et al. **Increasing cardiovascular disease burden due to diabetes mellitus: the Framingham Heart Study.** Circulation. v.115: 1544-50, 2007.
- HAYWARD RA et al. **Follow-up of Glycemic Control and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes.** N Engl J Med. v.372:2197-206, 2015.

MION D. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** In: MION, D. (org.). **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Campos do Jordão, SP: BG Cultura, 2006.

ROSS S et al. **Mendelian randomization analysis supports the causal role of dysglycaemia and diabetes in the risk of coronary artery disease.** European Heart Journal, 2015.

WAJCHENBERG BL. **Disfunção Endotelial no Diabetes do Tipo 2.** ArqBrasEndocrinolMetab. v.46 n° 5, 2002.

## HUMANIZAÇÃO NO NASCIMENTO NA VISÃO DE UM GRUPO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS ENVOLVIDOS NO PROCESSO DO NASCIMENTO<sup>1</sup>

RIGO, Degiane C.<sup>2</sup>; MORAES, Larissa de<sup>3</sup>; FANTINI, Anael<sup>4</sup>; CANTELE, Adriana<sup>5</sup>; FERRÃO, Luana<sup>6</sup>; MANFREDINI, Cibele<sup>7</sup>;

Introdução: A mulher, no período gravídico puerperal encontra-se, naturalmente, vulnerável e dependente das ações da equipe multiprofissional, pois requer atenção e cuidados necessários para a manutenção de sua saúde e do seu bebê. Por vezes esta equipe apresenta desconhecimento de questões relacionadas com o atendimento e a escuta sensível para entender e visualizar este momento de forma mais humanizada. A humanização da assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto, só será possível, se houver comprometimento da equipe que a atende, assim como envolvimento entre o profissional e a parturiente, iniciando a partir da comunicação, do respeito por meio de gestos de carinho, do ouvir, do cuidar (FERREIRA et al., 2013). O termo humanizar nos remete a uma assistência que valoriza a qualidade do cuidado técnico, bem como o respeito dos direitos, da subjetividade e da cultura dos indivíduos. Reconhecer os aspectos sociais e culturais do parto respeitando a fisiologia e não intervindo desnecessariamente, é um processo que os profissionais devem valorizar e manter o diálogo entre as partes envolvidas. Desta forma humanizar a assistência ao nascimento implica mudanças de atitudes e rotinas da equipe, das instituições e dos próprios sujeitos do cuidado (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011). Garantir à mulher acesso ao pré-natal, a uma assistência digna, uma gravidez saudável e segura, com informações necessárias para a escolha do local, tipo de parto, profissional que irá assisti-la e o acompanhante, são ícones necessários para a humanização na assistência materno-infantil. Associado a isto, é preciso considerar e respeitar a vontade da gestante (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006). O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento é caracterizados pela integralidade da assistência e a afirmação dos direitos da mulher. Este reorganiza as formas de cuidado do pré-natal, parto e puerpério, a fim de garantir segurança e qualidade do cuidado. Estas ações preconizadas como ideais para a assistência materna, não estão implantadas de forma satisfatória em muitos serviços de saúde, o que exige atitudes e comportamentos diferentes que visem a consolidação da prática humanizada (SILVA et al., 2013). A partir disso, percebemos que médicos e enfermeiros envolvidos no processo do nascimento demonstram ações diversificadas em relação à humanização no nascimento. Objetivo: conhecer o entendimento de humanização no nascimento para um grupo de médicos e enfermeiros envolvidos no processo do nascimento. Metodologia: Neste estudo o nascimento é considerado um processo que envolve o pré-natal, o trabalho de parto, o parto e o puerpério. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem descritiva. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética. Os participantes deste estudo foram profissionais médicos e enfermeiros de ambos os sexos, que atuam no processo de nascimento, seja no pré-natal, no parto ou no puerpério, em instituições de saúde de um município ao norte do Rio Grande do Sul. Foi realizada no período de março a dezembro de 2016, através de uma entrevista semiestruturada. Os dados foram transcritos na íntegra, lidos e analisados, de acordo com a análise de discurso de Minayo.

<sup>1</sup> Parte integrante de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai – URI Erechim.

<sup>2</sup> Enfermeira graduada no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai – URI Erechim.

<sup>3</sup> Acadêmica do segundo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>4</sup> Acadêmica do quarto semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde. Bolsista PIIC/URI.

<sup>5</sup> Enfermeiro. Especialista. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestre em Envelhecimento Humano pela UPF-RS. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>7</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho com Ênfase em Estratégia da Saúde da Família pela UNIVALI –SC. Doutoranda em Saúde da Criança pela PUC – RS. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde

Resultados: O grupo estudado é composto por 16 profissionais, dez médicos e seis enfermeiros. Sendo 6 do sexo masculino e 10 do sexo feminino. A faixa etária ficou entre 28 e 54 anos, com tempo de atuação nas instituições de 3 a 30 anos. Humanizar é estar de um modo harmônico com os valores tendo a capacidade de preocupar-se com o outro. Ter dignidade e cuidado consigo mesmo e com o outro que pode ou não estar em uma situação de fragilidade, implicando afeto, sensibilidade e a compaixão. Humanizar a saúde é perceber o respeito e às necessidades de cada ser, individualizando a assistência. O cuidado pode ser visto como uma atitude ou ação que deve ser implementado de forma humanizada, caracterizando assim, como cuidado humanizado. (WALDOW; BORGES, 2011). Desta forma, construímos um conceito de humanização a partir dos depoimentos como sendo “a ação, o sentimento e a atitude de respeito ao próximo”. Onde percebemos que o ato de humanizar é único do ser humano e que deve ser cultivado com afeto, carinho e sobre tudo com sensibilidade. Para Oliveira et al (2013), é extremamente necessário que os profissionais da área da saúde ampliem a habilidade de empatia, ou seja, de se colocar no lugar do outro, para que esteja apto a sentir, avaliar e eleger como gostaria de ser tratado se estivesse na mesma situação vivida pelo outro. Esse comportamento propicia um cuidado focado no respeito pela autonomia e dignidade do paciente. Tornando possível ver o cuidado do ponto de vista de quem o recebe, proporcionando a sensibilização do profissional, que passa a enxergar aquele ser na forma singular e na sua subjetividade, cuidando-o com atenção, promovendo uma condição de cuidado integral e humanizado. O estabelecimento de empatia entre os profissionais de saúde e os pacientes impulsiona uma melhor percepção dos sintomas, queixas e compreensão dos sentimentos por eles vividos em determinada situação (BIET; PIRES, 2015). A humanização no nascimento foi descrita como um evento cultural e familiar, onde a mulher torna-se protagonista do nascimento. Tendo a presença do familiar, respeitando a vontade da mulher, acreditando na sua fisiologia, deixando a mulher livre para assumir o papel de mãe, fortalecendo os vínculos familiares. Não deve conter práticas intervencionistas desnecessárias, como uso de ocitocinas, episiotomia e medicamentos. É um evento fisiológico, com menor intervenção médica, intervindo quando necessário, dando suporte, deixando o organismo responder. Também é proporcionar um ambiente tranquilo, seguro, silencioso e com o envolvimento da equipe para informar e discutir os procedimentos com a paciente. Conclusão: Constatamos que na atualidade a humanização no nascimento está em pauta em vários estabelecimentos de saúde, percebe-se a necessidade de implementar esses cuidados em relação as parturientes e seus bebês. Cuidados esses que deveriam estar presentes na personalidade de cada ser humano, de ser rotina na prática profissional e não ser preciso fazer todo um movimento para que isso seja implantado no atendimento. Humanizar faz parte de cada um de nós, constitui nossas ações e nosso envolvimento com o outro, ela deve ser ativada, desenvolvida, aprendida e proporcionada principalmente pelos profissionais que atuam no nascimento. Percebemos que a humanização deve ocorrer desde o pré-natal, passando por toda fase gestacional, o momento do nascimento, durante o puerpério, bem como em todas as fases da vida em que haja necessidade de atendimento na área da saúde.

**Palavras-chave:** Humanização da assistência; Pessoal de Saúde; Assistência perinatal.

#### REFERÊNCIAS:

- BIET, D. B.; PIRES, V. A. T. N. Assistência humanizada da equipe de enfermagem no transcurso do parto: o olhar das puérperas. **Revista de Enfermagem Integrada**. Ipatinga: Unileste, v.8, 2015.
- FERREIRA, A. G. N, et al. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. **Revista de Enfermagem**. Recife, 2013.
- MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V. e AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Escola Anna Nery Enfermagem**. 2006.
- OLIVEIRA, N. E. S. et al. Humanização na teoria e na prática; a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2013.
- SILVA, N. C. M. et al. Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação obstétrica. **Enfermagem em Foco**, 2013.
- SOUZA, T. G.; GAÍVA, M. A. M. e MODES, S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 32. Porto Alegre, 2011.
- WALDOW, V. R. e BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**. V.24. São Paulo. 2011.

## INCONTINÊNCIA URINÁRIA E SUAS INTERFACES EM MULHERES IDOSAS<sup>1</sup>

PARMEGIANI, Márcia<sup>2</sup>; VEDOVATTO, Andressa<sup>3</sup>; MORO, Luiza C.<sup>4</sup>; BROK, Felipe<sup>5</sup>; FERRÃO, Luana<sup>6</sup>; MANFREDINI, Cibele<sup>7</sup>

**Introdução:** A incontinência urinária baseia-se em perda involuntária de urina, podendo ocorrer em ambos os sexos e em qualquer idade, entretanto, é mais comum em mulheres idosas. Ocorre em qualquer situação do cotidiano propiciando alterações psicossociais podendo levar ao isolamento social devido ao constrangimento de conviver com esse agravo (PEDRO et al.,2011). São poucos os profissionais da saúde que investigam essa temática e os estudos referentes a ela ainda são escassos especialmente os que são realizados por enfermeiros. A incontinência urinária afeta 30% de idosos na comunidade, 40% a 70% dos hospitalizados e 50% dos que vivem em instituições asilares (SILVA; D'ELBOUX, 2012). Através do desenvolvimento de atividades nas aulas práticas da Disciplina de Enfermagem Aplicada à Saúde do Idoso, no Curso de Graduação em Enfermagem, identificamos, por meio de relatos informais, que as mulheres deixavam de participar dos grupos da comunidade por sentirem-se constrangidas e receosas quanto a incontinência urinária. Isto devido principalmente a todas adaptações que eram necessárias para que não fosse notório o agravo, tais como a utilização de absorventes e fraldas. Assim sendo definimos como tema para este estudo a incontinência urinária em um grupo de mulheres idosas. **Objetivo:** Mostrar como um determinado grupo de mulheres idosas convive com a incontinência urinária. **Metodologia:** pesquisa de caráter descritivo, exploratória de cunho qualitativo, realizada em um município da Região Norte do Estado do Rio Grande do Sul, no período de Maio a Novembro de 2015 através de uma entrevista semiestruturada. Foi aprovado pelo comitê de ética da URI/Erechim. Os dados foram agrupados conforme semelhança e trabalhados conforme os critérios definidos por Minayo (2013) para análise temática de conteúdo, **Resultados e Discussão:** foram entrevistadas 11 mulheres de um grupo de idosos na faixa etária entre 60 – 80 anos. Todas as participantes se declararam da cor branca. Diversos trabalhos apontam que a prevalência da incontinência urinária varia de acordo com o grupo étnico-racial, sendo mais elevada em mulheres brancas (LEROY; LOPES; SHIMO, 2012). O grau de escolaridade variou entre 1<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> série. Quanto ao histórico de paridade podemos evidenciar que das 11 participantes uma delas teve parto tipo cesárea, uma teve parto vaginal e cesárea e as restantes somente parto vaginal. Esses dados vêm de encontro a afirmação de Oliveira et al (2012) onde trazem que o trauma perineal ocorrido por ocasião do parto é o grande responsável pela ocorrência da doença. Os autores ainda consideram que mulheres nulíparas têm risco significativamente menor de desenvolverem incontinência urinária. Foi relatado que a incontinência urinária surgiu principalmente durante o climatério, mas o período pós-parto também foi relatado como momento em que surgiu os primeiros sintomas. Em estudo para investigar a incontinência urinária identificou-se que a maioria das mulheres que participaram (43,5%) identificaram a incontinência urinária após o período da menopausa e apenas 8,7% no período

<sup>1</sup> Parte integrante de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai – URI Erechim.

<sup>2</sup> Enfermeira graduada no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai – URI Erechim.

<sup>3</sup> Acadêmica do décimo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde. Bolsista PIIC/URI.

<sup>4</sup> Acadêmica do segundo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>5</sup> Enfermeiro. Mestre em Envelhecimento Humano pela UPF-RS. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestre em Envelhecimento Humano pela UPF-RS. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>7</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho com Ênfase em Estratégia da Saúde da Família pela UNIVALI –SC. Doutoranda em Saúde da Criança pela PUC – RS. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

após o parto (VIRTUOSO; MAZO; MENEZES, 2012). Em relação as condições em que ocorreu os partos identificamos que quatro delas tiveram seus filhos no domicílio sem episiotomia. Três tiveram seus primeiros filhos em casa e os últimos no serviço de saúde competente da época, as mesmas possuem histórico de episiotomia. Quatro delas tiveram seus filhos nos serviços de saúde, sendo que três destas necessitaram da episiotomia. Um dos agravos mais frequentes que acometem o trato urinário é a conhecida incontinência urinária (IU), os fatores de risco para a mesma são partos por via vaginal, episiotomia como proteção inadequada, obesidade e com menor impacto a constipação (BOTELHO; SILVA; CRUZ, 2007). Duas participantes relataram ter tido seis filhos, todos nascidos por meio de parto normal, as outras tiveram entre um a três filhos. A paridade é um dos fatores que mais se associa com o desenvolvimento de incontinência urinária, comumente aparece durante a gravidez e aumenta com o número de filhos paridos (HIGA; LOPES; REIS, 2008). Observamos que dentre as mulheres entrevistadas a idade da menopausa variou dos 36 anos aos 55 anos. Vale informar que a participante que entrou na menopausa aos 36 anos foi em decorrência da necessidade de realização da retirada do útero e dos ovários, o que antecipou o climatério e automaticamente a menopausa. Em relação a infecção urinária de repetição apenas duas participantes afirmaram sofrer com esse agravo, as demais negaram a existência da mesma. A incontinência urinária, segundo os relatos obtidos, pode surgir em período diferente do climatério, mas este foi o mais referido. Surgiu um relato de que a incontinência surgiu em função da gestação e ou parto, onde a perda urinária iniciou após a chegada do primeiro filho. Em um estudo realizado por Vaz Júnior, Morita e Paula (2014) com o objetivo de verificar a presença de incontinência urinária no pós-parto em mulheres cadastradas nas unidades básicas de saúde do Município de São Paulo foi identificado que as mulheres que referiam incontinência urinária no período da gestação não apresentaram estes sintomas no puerpério, assim como não ocorreu relação entre o tipo de parto e a presença de incontinência urinária. Neste sentido podemos dizer que a relação da incontinência urinária e o nascimento o filho da participante de nosso estudo parece ser empírica e necessita de maiores investigações. Este grupo de mulheres se autodeclararam com incontinência urinária, que é entendida por elas, como a perda de urina involuntária sem dor, percebido durante a tosse, o espirro e ao esforço físico. Entre um grupo de mulheres idosas, investigadas, a incontinência urinária devido ao esforço físico surgiu em 28,7%, o tossir com 79,7% e o espirrar com 75,4% (VIRTUOSO, MAZO; MENEZES, 2012). Observamos a falta de conhecimento a respeito da incontinência urinária, com isto elas não procuram o serviço de saúde para realizar tratamentos e receber orientações. Culturalmente, as mulheres de um modo geral acreditam que a incontinência urinária constitui parte do envelhecimento e que, principalmente depois do climatério, é “normal” as mulheres apresentarem algum tipo de perda urinária. Contudo, muitas mulheres não procuram o serviço de saúde para tratar incontinência por desconhecimento e alguns serviços, inclusive a Atenção Primária, não oferecem esse tipo de tratamento por não perceberem a demanda reprimida de mulheres incontinentes (MENEZES et al., 2012). As mulheres referem o uso de absorventes, fraldas e “paninhos” como mecanismos de proteção para o escape de urina. Relataram que a presença da incontinência urinária as deixam desconfortável em função do forte cheiro que é produzido e que durante a relação sexual sentem dor pois a vagina fica muito sensível fazendo com que percam o interesse no ato sexual, mas se sentem obrigadas a manter relação pois é o papel da mulher. Conclusão: evidenciamos que ainda existe uma brecha no papel de orientador que o profissional enfermeiro deve desenvolver. Muitas vezes falta conhecimento a respeito dos tratamentos e até mesmo do agravo em si, em função disto vale salientar a necessidade do enfermeiro atuar através da educação em saúde. Visualizamos que é necessário realizar mais estudos a respeito desse tema, com o objetivo de descobrir novas interfaces desse agravo na população idosa feminina.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Cuidados de Enfermagem, Incontinência Urinária

#### REFERENCIAS:

- BOTELHO, F. SILVA, C. CRUZ, F. Incontinência Urinária Feminina. **Acta Urológica**. v. 24. n. 1. 2007.  
 HIGA, R. LOPES, M. H. B. M. REIS, M. J. Fatores de Risco para Incontinência Urinária na Mulher. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. v. 42. n. 1. 2008  
 LEROY, L.S.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. A Incontinência Urinária em Mulheres e os Aspectos Raciais: Uma Revisão de Literatura. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. v. 21. n. 3. 2012.  
 MENEZES, G. M. D. et. al. Queixa de Perda Urinária: Um Problema Silente pelas Mulheres. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v. 33. n 1. 2012.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.

13. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2013.

OLIVEIRA, A. M. C.; et. al. Assistência de enfermagem a incontinência urinária na mulher. **Múltiplo Saber**. Londrina. v.15. n.1. 2012.

PEDRO, A. F. et. al. Qualidade de Vida de Mulheres com Incontinência Urinária. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. v. 7, n. 2. Ribeirão Preto: SP. 2011.

SILVA, V. A. D'ELBOUX, M. J. Atuação do Enfermeiro no Manejo da Incontinência Urinária no Idoso: Uma Revisão Integrativa. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. v. 46. n. 5. 2012.

VAZ JÚNIOR, M. M.; MORITA, A. B. P. S.; PAULA, M. A. B. Incontinência Urinária no Pós-Parto: Estudo em Mulheres Cadastradas em Unidades de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Vale do Paraíba**. v.1. n. 6. 2014.

VIRTUOSO, J. F.; MAZO, G. Z.; MENEZES, E. C. Prevalência, tipologia e sintomas de gravidade da incontinência urinária em mulheres idosas segundo a prática de atividade física. **Revista Fisioterapia e Movimento**. v. 25. n. 3. 2012.

## INFARTO AGUDO MIÓCARDIO: RELATO DE UM ESTUDO

LIMA, R.L.<sup>1</sup>; BINI, V.B.<sup>1</sup>; GERMINIANI, J.<sup>1</sup>; PEDROSKI, G.F.<sup>1</sup> VAZATTA, C.A.S.<sup>1</sup>; DENTI, I.A.<sup>2</sup>;

Área Temática: Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** O presente estudo de caso foi elaborado com o intuito de expor um caso de infarto agudo do miocárdio ocorrido em determinado paciente internado na UTI de um hospital privado, fazendo um estudo desta patologia através da observação de seus efeitos no organismo, suas complicações, interpretação de exames complementares e exame físico que levam ao diagnóstico clínico. Possibilitando também a observação e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem necessários através da aplicação da SAE desenvolvida durante as aulas práticas da disciplina de Enfermagem no Cuidado à Paciente de Risco. Segundo o Ministério da Saúde de (2016), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é uma das principais causas de óbitos entre a população brasileira. No decorrer do período de inverno, o número de ocorrências pelo Sistema Único de Saúde (SUS) chega a aumentar cerca de 30%, principalmente entre a população idosa. Isso porque entre julho e agosto, é a época em que as temperaturas médias estão em torno de 14 graus em certas regiões do País, a reação do organismo ao frio pode provocar esse quadro. Ao se expor ao frio, há a vasoconstrição arteriolar, o que pode desencadear fragmentação da placa de aterosclerose, levando a formação de um coágulo no interior da artéria, levando a obstrução do vaso, ocasionando o IAM. Os casos de infarto acometem mais frequentemente indivíduos com mais de 65 anos, do qual o sistema cardiovascular é mais vulnerável. É o caso de pessoas com hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade, que têm maior tendências as doenças coronárias, que diminui o tamanho dos vasos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). No ano de (2016), 101.156 pacientes foram hospitalizados por conta do infarto do miocárdio. Desses, 87.234 morreram nos hospitais, o equivalente a 86% das internações. Segundo a OMS, todos os anos, 17,5 milhões de pessoas morrem no mundo por causa de infartos, o que representa 31% dos óbitos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). **OBJETIVO:** Descrever a ocorrência e complicações do infarto do miocárdio; Estruturar os cuidados de enfermagem necessários aos indivíduos acometidos por esta patologia; Relacionar os conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula com os práticos adquiridos durante o período de atividades práticas na UTI; Interpretar exames laboratoriais e de imagem relacionados ao diagnóstico de infarto e elaborar um plano de cuidados de enfermagem que promovam bem-estar e conforto ao paciente infartado. **METODOLOGIA:** O trabalho aqui apresentado é um estudo de caso que se caracteriza como descritivo, qualitativo, efetuado durante a realização de aulas práticas no período compreendido entre, 14 a 24 de agosto de 2017, em um hospital do norte do Rio Grande do Sul, na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, aonde atende paciente de risco. Ao longo das aulas práticas os acadêmicos ficavam responsável por realizar cuidados e atividades de competência de enfermagem em alguns dos pacientes internados na UTI. Neste período foram coletados dados sobre o paciente através do exame físico, exames complementares, entrevista com o paciente, evoluções anteriores e outros dados de referentes ao estado clínico do paciente encontrado no prontuário. Foi feita revisão literária, buscando elementos que descrevam a patologia, bem como o diagnóstico e cuidados de enfermagem para os pacientes infartados, por meio de busca no site do Ministério da saúde, em artigos encontrados em sites como Scielo e Science, e Diagnósticos de Enfermagem da Nanda. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Para Carvalho et al. (2013) alguns sintomas clínicos do infarto do miocárdio são a dor torácica que ocorre subitamente e de forma sucessiva, a ansiedade, agitação, pele fria, palidez e úmida, frequências cardíaca e respiratória podem estar aumentadas. Ao observarmos a descrição do estado da paciente no exame físico podemos perceber que quase todas essas manifestações clínicas estavam presentes. O mesmo autor cita que no infarto do miocárdio, o diagnóstico baseia-se, no eletrocardiograma (ECG) e nos resultados dos exames laboratoriais. Segundo Lozovoy et al. (2008) cita que se no eletrocardiograma apresentar supra desnivelamento dos segmentos ST, é possível diagnosticar imediatamente um infarto. Ao observar o exame complementar de eletrocardiograma podemos perceber que a paciente do presente estudo de caso

<sup>1</sup> Acadêmicas do 8º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim.

<sup>2</sup> Enfermeiro, Mestre em enfermagem pela UFSC, Doutor em Ciências da Saúde pela UNESC e professor do curso de graduação em enfermagem.

possui um supra-desnívelamento do segmento ST. Para o diagnóstico do IAM são necessários o ECG e a dosagem de enzimas, é preciso realizar análise das enzimas, por meio de exames laboratoriais é possível identificar certas enzimas no sangue, podendo confirmar o infarto. As enzimas mais frequentes usadas para estabelecer o diagnóstico do IAM são: creatinina-fosfoquinase (CK-MB) com as isoenzimas, desidrogenase láctica (LDH), mioglobina e troponina I, sendo que os dois últimos permitem um diagnóstico mais rápido pelo tempo de execução mais curto (CARVALHO et al., 2013). Na paciente apresentaram alteração na creatinina-fosfoquinase CK-MB, onde os valores de referências é até 5,10 mg/ml, e no exame apresentou um resultado de 10,60mg/ml, a troponina I, também teve alteração nos valores de referências, aonde os valores normais seriam de 0,01 ug/l, e no exame apresentou 0,07ug/l, constatando um infarto de fato do miocárdio. Com base nos achados clínicos encontrados em biografias e descobertos no exame físico e exames complementares da paciente, podemos afirmar que a mesma possui marcadores que caracterizam o infarto do miocárdio, onde se torna necessário cuidados intensivos a serem realizados na UTI, assim como um plano adequado de cuidados de enfermagem para reduzir as complicações e proporcionar conforto para a paciente. Diagnósticos de enfermagem: Débito cardíaco diminuído; Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída; Dor aguda; Risco para infecção; Risco para queda; Mobilidade física prejudicada; Deambulação prejudicada; Risco de função cardiovascular prejudicada; Déficit de autocuidado para o banho. Intervenções de enfermagem: Manter cabeceira elevada e ambiente tranquilo para melhor conforto do paciente; Redução da ansiedade, conversar com o paciente sempre que possível; Oxigenioterapia contínua; Monitorar os sinais vitais, a cada 2 horas; Avaliar e monitorizar o estado cardiovascular (frequência e ritmo) a cada hora; Monitorar a cor da pele; Monitorar a pressão arterial (PA) a cada hora; Administrar terapia endovenosa, conforme prescrito; Assistência com uma nutricionista para reduzir o peso, 1 vez por semana, de manhã; Promoção de exercícios, com o fisioterapeuta, 1 vez ao dia, de manhã; Administrando as drogas prescritas, observando os horários; Identificar o paciente com pulseira de risco para queda e informar a equipe sobre esta possibilidade; Controle da dor, administrar analgésico prescrito para essa finalidade; Assistência ao autocuidado: banho, acessas ao vaso sanitário, sempre que solicitado; Melhora do sono, reduzindo o barulho e a luminosidade e se não funcionar administrar drogas prescritas para este fim; Promoção dos exercícios: treino para o fortalecimento da musculatura, mobilidade da articulação, e equilíbrio, 1 vez ao dia, de manhã; Realizar controle da glicemia através da realização de HGT e executar esquema de insulina em horário; Promover menor desgaste físico possível, controle da energia, na hora do banho, evitar que a paciente se movimente e faça esforços demasiados; Cuidados com os pés, cabelos e unhas, lavar conforme a necessidade e a preferência da paciente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Durante o período das aulas práticas e na construção do estudo de caso, foi possível desenvolver um olhar crítico e de assistência ao paciente, construindo uma sistematização da assistência de enfermagem, visando intervenções que venham a melhorar a condição do mesmo dentro do hospital. Além de aprofundar os conhecimentos sobre exames laboratoriais, eletrocardiograma e exames clínicos.

**Palavras-chave:** Infarto agudo do miocárdio; Diagnóstico de enfermagem; Assistência ao paciente.

#### REFERÊNCIAS:

CARVALHO, D, C; PAREJA, D, C, T; MAIA, L, F, S. **A importância das intervenções de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio.** São Paulo: Revista Recien. v.3 n.8, p:5-10, 2013. Disponível em: < file:///C:/Users/zpant14acer/Downloads/51-250-1-PB%20(2).pdf> acesso em: 23 de agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da saúde, 2016.** Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/07/casos-de-infarto-aumentam-30-durante-inverno>. Acessado em: 23 agosto, 2017.

LOZOVYOY, M, A B; PRIESNITZ, J, C; SILVA, S, A. **Infarto agudo do miocárdio: aspectos clínicos e laboratoriais.** Interbio v.2 n.1 p.1981-3775, 2008. Disponível em< [http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed\\_anteriores/vol2\\_num1/arquivos/artigo1.pdf](http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anteriores/vol2_num1/arquivos/artigo1.pdf)>. Acesso em: 23, agosto, 2017.

JOHNSON, Marion et al. **Ligações NANDA - NOC - NIC: condições clínicas, suporte ao raciocínio e assistência de qualidade.** Rio de Janeiro: Elsevier, v.3, p. 435, 2013.

## INFARTO POR VASOESPAMO CORONARIANO

TERRES, IS;<sup>1</sup>; DENTI, IA;<sup>2</sup>; BERNARDI, DL.<sup>3</sup>

**INTRODUÇÃO:** Desde seu primeiro relato em 1959, a angina variante de Prinzmetal é um alvo atrativo quanto a sua fisiopatologia para os estudiosos. Caracterizada por um espasmo focal intermitente de uma artéria coronária normal, diferente da coronariopatia aterosclerótica, pois esta atinge indivíduos mais jovens, entre 50 e 60 anos, representando 2% das anginas instáveis averiguadas por coronariografia. A taxa de sobrevivência é elevada, de 93% em dez anos, mostrando assim um prognóstico satisfatório. Esta patologia é cinco vezes mais preponderante nos homens do que nas mulheres sendo que o tabagismo é o único hábito de vida comprovadamente que pré dispõe a angina de Prinzmetal (Prinzmetal; Kennamer; Merliss, 1959). **OBJETIVOS:** Descrever um caso clínico envolvendo infarto agudo do miocárdio (IAM) consecutivo a vasoespasmos coronarianos e identificar dados objetivos indicativos de IAM; interpretar dados contidos nos exames complementares; efetuar correlações clínicas a partir das queixas, sinais e sintomas, exame físico e exames complementares. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso cujos dados foram coletados durante atividades práticas da disciplina de Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II. Para a coleta dos dados foi utilizado um método clínico seguido de revisão bibliográfica. **RESULTADOS:** Através deste estudo foi possível correlacionar aspectos semiológicos do IAM encontrados no paciente com os descritos na literatura. **Caso clínico:** Paciente, sexo masculino, 39 anos, foi admitido no pronto socorro com queixas referindo de dor precordial e dormência. No exame físico não foi encontrada nenhuma anormalidade, seus sinais vitais encontravam-se dentro dos limites normais, com uma pressão arterial de 110/80 mmHg, pulso regular e cheio de 86 bpm, com ritmo respiratório de 14 mrpm. O eletrocardiograma realizado logo após sua chegada não apresentava nenhuma alteração. O paciente não apresenta nenhum histórico familiar de cardiopatia ou nenhum fator de risco que pré-disponha o infarto. No exame da cineangiocoronariografia realizado no momento da sua admissão apresentou função contrátil segmentar discretamente reduzida no segmento inferior e ínfero-basal, com fração de ejeção calculada em 54% não apresentando outras alterações no exame. Os níveis de enzimas cardíacas situaram-se acima do normal com um nível de troponina I de 0,8 ng/mL (<0,01 ng/mL) e CK-MB 120 ng/ml (até 5,10u/L). Foi diagnosticado infarto do miocárdio por vasoespasmos. Iniciou-se o tratamento com drogas para analgesia, antiadesivo plaquetário, ansiolítico, antilipêmico e vasodilatador coronariano e o paciente foi encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva do hospital para seu monitoramento. Após a admissão nesta unidade o paciente teve uma piora no seu quadro clínico e apresentou fibrilação ventricular que foi contornada com êxito através da cardioversão com 200 joules, não havendo necessidade de intubação endotraqueal. Posteriormente, foi realizada aortografia que indicou trajeto e calibre normais, não evidenciando imagem sugestiva de dissecação de aorta ascendente. Após dois dias o paciente foi encaminhado para o quarto onde seguiu com a terapêutica e cuidados, não apresentando nenhuma alteração durante o período restante do acompanhamento. **DISCUSSÃO:** Em 1959 foi descrito pela primeira vez uma forma variante de angina que tinha como particularidade episódios recorrentes de dor precordial ao repouso, principalmente no início da manhã (WILSON, 2008). Atualmente denomina-se angina variante ou de Prinzmetal um espasmo focal de uma artéria coronária epicárdica, caracterizando-se por um notável supradesnivelamento do segmento ST e episódios de dor no peito geralmente sem esforço levando a isquemia miocárdica (ZUNIGA, 2009). No paciente alvo deste estudo, no entanto a dor pré cordial iniciou no período noturno enquanto o mesmo encontrava em repouso, porém não apresentou nenhum supradesnivelamento do segmento ST, encontrando-se assim o seu ECG normal durante o momento da sua admissão. Ainda que a maioria dos casos ocorra em artérias sem estenose, muitos pacientes com angina de Prinzmetal apresentam espasmo adjacente a placas de aterosclerose (ROSADO, 2014). A causa exata do espasmo não está bem definida devido ao pequeno número de casos relatados na literatura, entretanto, esta patologia encontra similaridades com a doença de Raynaud, enxaqueca, o uso de álcool e algumas drogas ilícitas como cocaína, maconha, e anfetamina. Também pode estar relacionada à asma induzida por ácido acetil salicílico e uso de ciclofosfamida (CARDOSO, 2011). Entretanto, no caso clínico apresentado neste estudo, não apresentou achado de placas ateroscleróticas nos exames realizados e quando indagado negou o uso de qualquer droga lícita e/ou

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim.

<sup>2</sup> Enfermeiro, Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim

<sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da URI – Câmpus de Erechim.

ilícita e relata ainda não ter sido exposto a nenhuma das variantes acima que possam ter condicionado a angina de Prinzmetal, deixando desta forma a se deduzir que a causa provável deste episódio deve ter ocorrido devido a hipercontratilidade do músculo liso vascular. A gravidade do quadro clínico é determinada pela localização e a extensão do vasoespasmó, podendo abranger arritmias graves, infarto do miocárdio, choque cardiogênico e o óbito (ZUNINGA, 2009). O espasmo da artéria coronária reduz a irrigação sanguínea para o miocárdio levando a morte celular e subsequentemente a necrose tecidual. No paciente alvo do estudo, verificou-se infarto agudo de miocárdio e posteriormente a fibrilação ventricular. Possivelmente desencadeada por isquemia devido ao vasoespasmó da artéria coronária. Recentemente Kondo e Terada (2017) descreveram as características clínicas, eletrocardiográficas e de imagem onde ficou amplamente documentado o episódio de vasoespasmó coronariano e consecutivo comprometimento isquêmico do músculo cardíaco. Uma vez que o espasmo coronariano coloca em risco a vida do paciente, este deve ser imediatamente tratado. A admissão em um ambiente intra hospitalar é necessária para a realização de exames, para o tratamento e monitorização do paciente. Em primeiro momento a administração de nitrato sublingual usualmente alivia a dor torácica e as mudanças do ECG e posteriormente a administração de preparações de nitratos intracoronários visando o alívio do espasmo (ACAR, 2014). Em longo prazo, fármacos como Nifedipina, Diltiazem e Verapamil, que são bloqueadores de cálcio, são considerados como os agentes de escolha para o tratamento da angina por vasoespasmó. As associações destes medicamentos com nitratos também trazem bons resultados. A revascularização também é usada como tratamento em pacientes com angina variante que apresentam placas ateromatosas adjacentes com leves obstruções. (GARCIA, 2009). **CONCLUSÃO:** O caso relatado apresenta semelhanças com as características clínicas apresentadas pela angina de Prinzmetal, divergindo dos casos comuns de angina variante, pois não houve supradesnivelamento do segmento ST no ECG no momento da admissão hospitalar. A angina por vasoespasmó sempre deve ser tratada como uma emergência grave, pois existe risco de evolução para um infarto agudo de miocárdio e suas repercussões. Uma equipe competente aliada a um diagnóstico precoce é primordial para um bom prognóstico da doença, visto que a angina variante e a doença arterial coronária aterosclerótica divergem em sua fisiopatologia e tratamento. Este relato de caso salienta a importância do atendimento rápido e eficaz para que a patologia seja diagnosticada e tratada adequadamente, mostrando a grande relevância que o monitoramento pós episódio de vasoespasmó tem, uma vez que como no caso relatado o paciente desenvolveu uma fibrilação ventricular após o vaso espasmo coronariano. Através deste estudo foi possível correlacionar aspectos semiológicos da angina encontrados no paciente com os descritos na literatura.

**Palavras-chave:** Infarto agudo do miocárdio. Vasoespasmó. Eletrocardiograma. Fibrilação ventricular. Desfibrilação

#### REFERÊNCIAS:

- ACAR, G. et al. Relato de caso: infarto por vasoespasmó coronariano. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Istambul, p. 81-86, 2014.
- CARDIOSITE. **Síndromes Coronárias Agudas**. Disponível em: <<http://www.hsp.epm.br/denf/NIEn/CARDIOSITE/sindromes.htm>>. Acesso em 15 de jul. de 2017.
- CARDOSO, M. **Angina de Prinzmetal**. Disponível em: <<http://www.medportal.com.br/blog/artigos-cardiologia/angina-de-prinzmetal/>>. Acesso em 15 de jul. de 2017.
- GARCIA, F. et al. Angina de Prinzmetal: do Quadro Clínico ao Tratamento. **Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC**. São Paulo.
- PEREIRA, W. et al. **Angina ao repouso provocada por espasmo coronariano: mito ou realidade?**. HU Revista. Universidade Federal de Juiz de Fora, v.34, n.1, 2008.
- Prinzmetal M, Kennamer R, Merliss R. **A variant form of angina pectoris**. Am J Med.v.27:375-88, 1959.
- ROSADO, P. et al. Espasmo Coronariano durante a Realização de Ecocardiograma sob Estresse com Dobutamina. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. UNIFESP - São Paulo, p. 97-100, n. 2, vol 27, 2014.
- ZUNIGA, E. et al. **Relato de caso: Angina de Prinzmetal**. Arquivo Brasileiro de cardiologia. São Paulo, vol.93, n.2, Agosto, 2009.

## LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE E AS POSSIBILIDADES DE CUIDADO NO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO HUMANO

Samuel Salvi Romero; Helenice De Moura Scortegagna; Marlene Doring; Angela Maria Brustolin;  
 Roseana Maria Medeiros; Regina Bidet

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Etnia; Educação; Saúde e Trabalho

Área Temática: Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento Humano, Saúde E Educação

**INTRODUÇÃO:** Os cuidados ofertados à população idosa se fazem necessários em virtude das alterações a que estão expostos estes indivíduos e a forma como buscam pelas terapêuticas associadas às suas demandas. Ao se considerar demandas crescentes em virtude das alterações variadas as buscas por acolhimento na rede de atenção básica podem ser maiores. É uma situação que gera desafios e acarreta maior disponibilidade pessoal, terapêutica e social, incluindo a inserção de tecnologias inovadoras no que diz respeito ao empoderamento dos usuários frente a novas formas de autocuidado. As mudanças tecnológicas acompanham o processo do envelhecimento humano e denotam a promoção de oportunidades não disponíveis em outros níveis históricos. Emerge, assim, um cenário de diversos eventos e naturezas, condicionando a ampliação do olhar dos profissionais e comunidades, bem como, a transversalidade das clínicas voltadas ao atendimento, atenção, processos de cuidado e gestão do cuidado (OMS, 2015). É pertinente destacar que o envelhecimento traz consigo inúmeras concepções e formas de pensamento, distribuídas entre os mais diversos cenários e núcleos profissionais. Logo, o aumento da longevidade imprime características vitoriosas à humanidade, pois potencializa a força do homem frente às adversidades da sobrevivência individual e coletiva, contudo, o fenômeno do envelhecimento traz consigo novas questões. Estas questões problematizam as nuances acerca da previdência social, assistência à saúde, trabalho, adaptação dos espaços, a geografia do envelhecimento, assim como o acesso aos diversos serviços de atendimento às demandas dos idosos (BARROS; JUNIOR, 2013). Há que se configurar um perfil assistencial integral indutor de autonomia e mantenedor de condições saudáveis de vivências e convivências deste público, alicerçado nos determinantes e condicionantes em saúde, expressos no nascer, crescer e envelhecer dos seres em necessidade. Assim, propõe-se o entendimento da interdisciplinaridade no cuidado à população idosa, prevendo as diferentes formas de se envelhecer e tornar-se velho na sociedade atual (VIEIRA; COUTINHO; SARAIVA, 2016). Diante deste cenário observa-se a importância da avaliação do Letramento Funcional em Saúde na população que envelhece, constituindo-se como um parâmetro fidedigno de entendimento das condições da população em obter, processar, compreender e adotar condutas em saúde provenientes dos diversos profissionais que realizam e prestam o cuidado ao idoso. Para compreender a importância da avaliação do letramento funcional em saúde, pode-se apropriar da definição proposta pela Organização Mundial da Saúde, definindo-o como “as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde (WHO, 1998, p. 10). Esta definição propõe um olhar ampliado dos profissionais e conduz a processos integrais de cuidado avaliados, sobretudo, sob a ótica da longitudinalidade e transversalidade. **OBJETIVO:** discutir a importância da avaliação do letramento funcional em saúde (LFS) nas propostas de cuidado no curso do envelhecimento humano. **METODOLOGIA:** recorte de dissertação de mestrado<sup>1</sup> que avaliou o nível de LFS de idosos e discute a influência do mesmo no comportamento em saúde deste público. Trata-se de um estudo cuja proposta se caracteriza como um desenho misto de pesquisa, na qual a combinação dos dados quantitativos e qualitativos segue o modelo de convergência ou fusão (Creswell e Clark, 2007). A coleta de dados aconteceu nos domicílios dos idosos residentes na área urbana de um município de pequeno porte do RS. Os participantes da pesquisa totalizaram 175 e os dados quantitativos obtidos pela aplicação do instrumento S- TOFHILA (versão breve) foram colhidos concomitantes aos qualitativos,

<sup>1</sup> Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Envelhecimento da Universidade de Passo Fundo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano, intitulada “Letramento Funcional em Saúde de Idosos”.

obtidos por meio de entrevista aberta. As características sociodemográficas e clínicas foram apresentadas por meio de estatística descritiva. As variáveis contínuas foram apresentadas por meio de média e desvio padrão, mediana, percentis, valor máximo e valor mínimo. O nível de letramento funcional foi estratificado de acordo com os acertos descritos na classificação dos escores. Para verificar a associação entre o letramento funcional em saúde e as variáveis sociodemográficas e clínicas utilizaram-se os testes Qui Quadrado de Pearson ou exato de Fisher  $\alpha = 5\%$  e  $p \leq 0,05$ . A análise dos dados foi realizada pelo software SPSS (versão 20.0). O que emergiu da entrevista, que compôs os dados qualitativos, foi interpretado seguindo a proposta de análise temática de conteúdo. Os resultados da análise dos dados quantitativos e os resultados da análise dos dados qualitativos sofreram uma interpretação conjunta conduzindo à maior abrangência do fenômeno estudado e o aprofundamento da discussão. Este resumo descreve resultado provenientes das questões abertas de números 1 e 2. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os idosos apresentam em suas falas subsídios que alertam para processos de trabalho que estejam baseados em avaliações integrais, cuidado integral e promoção da equidade em sua genuína constituição, tais como: - [...]vem as coisas escritas e eu não entendo a letra, nem na farmácia conseguem entender. Se não tem alguém que me explica eu tenho medo de fazer errado. (Idoso 2) - Sim, as vezes eu faço alguma coisa diferente, mas porque eu acho que seria melhor né, mas eu vou tomando os remédios e mais o que eu penso junto (risos). (Idoso 5) - Ah sim [...], tomo decisões minhas. As vezes ate uma automedicação pequena (risos), remédios caseiros, eu sou praticante. (Idoso 7) - Realmente, o que for por escrito não tem como ler, são uma meia dúzia de riscos. (Idoso 10). As falas destacadas remetem a um idoso que já apresenta algumas limitações e que necessita ser olhado e orientado de forma segura, sob avaliações fidedignas e ampliadas. Surge a necessidade, também, de compreender qual é o nível de LFS deste idoso para que se possa, contudo, promover uma escuta qualificada, bem como, orientações adequadas ao seu perfil de alfabetização. No que diz respeito ao contexto dos profissionais de enfermagem, um estudo produzido por Dickens et. al (2013), contribui no sentido da percepção de que estes profissionais de saúde “subestimam” o nível de letramento funcional em saúde dos usuários, não identificando prioritariamente aqueles que possuem baixa escolaridade em saúde. A não identificação do letramento funcional em saúde como um determinante importante ao assumir práticas e condutas, pode resultar em insatisfação terapêutica, bem como em falhas de comunicação importantes entre usuários e profissionais. Acompanhando o exposto, Bostock e Steptoe (2012) expõem em seu estudo que na Inglaterra, um terço dos idosos tem dificuldades em ler e interpretar informações básicas relacionadas à saúde, percebendo que um baixo letramento em saúde está associado a maiores índices de mortalidade, implicando, desta forma, na carência da concepção e prestação de serviços em saúde para idosos naquele país. Assim, pode-se inferir que o inadequado letramento funcional em saúde aumenta o risco de o idoso apresentar um declínio físico mais rápido e/ou recorrente ao longo do tempo, logo, existe a necessidade de se conceberem estratégias que reduzam as disparidades em matéria de alfabetização em saúde entre todas as esferas das populações, destacando-se a população idosa (SMITH et.al, 2015). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** denota-se a importância da avaliação do LFS em idosos para manter relações terapêuticas seguras. O determinante pode ser entendido, neste contexto, como um indicador para políticas de cuidado integrais, além de direcionar fluxos e cardápios de serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Alfabetização em Saúde; Enfermeiro; Envelhecimento da População; Assistência Integral à Saúde; Avaliação Geriátrica.

#### REFERÊNCIAS:

- BARROS, R.H de; GOMES J. E. P. Por uma história do velho ou do envelhecimento no Brasil. Rev. CES, Fortaleza. v. 27, n. 1, p. 75-92, 2013.
- BOSTOCK, S; STEPTOE, A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. Bmj, London.v. 344, p. e1602, 2012.
- CRESWELL, J. W.; CLARK, V. P. Designing and conducting mixed methods research. Sage Publications, California, 2007.
- DICKENS, C. et al. Nurse overestimation of patients' health literacy. Journal of health communication, London. v. 18, n. sup1, p. 62-69, 2013.
- SMITH, S. G. et al. Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. Journal of epidemiology and community health, London. p. jech-2014-204915, 2015.

VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. Sexualidade Na Velhice: Representações Sociais De Idosos Frequentadores de Um Grupo de Convivência. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília. v.36, n.1, p. 196-209, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZACION. Relatório mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZACION. Relatório mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015.

## O BRINCAR E A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA – UMA REFLEXÃO ACADÊMICA

GERMINIANI, Júlia<sup>1</sup>; PEDROSKI, Gladis<sup>1</sup>; LIMA, Rafaela L.<sup>1</sup>; BINI, Veronica B.<sup>1</sup>; VAZATTA, Cassia A.S.<sup>1</sup>; MANFREDINI, Cibele<sup>2</sup>

**INTRODUÇÃO:** O brincar é significativo na vida da criança, pois auxilia no desenvolvimento motor, mental e social. É através do brincar que a criança se expressa e comunica-se com o meio em que vive, demonstrando seus sentimentos, ansiedades e frustrações. O brinquedo auxilia a criança, em sua realidade, a passar de espectadora para transformadora do cuidado e de seu desenvolvimento (SILVA et al, 2011). Na área da enfermagem pediátrica, entendemos que os profissionais que ali atuam devem estar atentos para a importância do brinquedo e do brincar para o desenvolvimento da criança e para a boa interação durante internações, procedimentos e orientações que se façam necessário. Durante a disciplina de Saúde da Criança e do Adolescente no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim realizou-se atividades para discutir a necessidade e importância o brinquedo nas funções do enfermeiro onde originou-se este relato. **Objetivo:** Apresentar uma reflexão sobre o brinquedo e a enfermagem no cuidado a criança hospitalizada. **Metodologia:** Trata-se de um estudo reflexivo onde as informações foram retiradas do trabalho acadêmico e das discussões realizadas em sala de aula na disciplina de Saúde da Criança e do Adolescente do Curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim no segundo semestre de 2017. O trabalho foi realizado através da busca bibliográfica em artigos e periódicos da área da enfermagem. Utilizou-se como descritor o termo “Brinquedo Terapêutico”, nas bases de dados ScieLO e LILACS. Após a identificação dos artigos de interesse realizou-se a leitura dos mesmos e estruturou-se o trabalho acadêmico. Posterior a isto, este foi apresentado em sala de aula em forma de seminário onde buscou-se a realização de discussão com o grupo de alunos no sentido de refletir, apresentar e levantar a necessidade e importância dos acadêmicos de enfermagem estudarem este tema. **Resultados:** Durante o crescimento e desenvolvimento da criança o processo de hospitalização pode tornar-se estressante, pois muda a rotina diária, tornando a criança vulnerável a dor em função de procedimentos dolorosos e a traumas que podem ser passageiros ou permanentes, marcando a criança para o resto de sua vida. Acaba tornando-se uma experiência difícil de ser vivenciada pela criança, pela sua exposição em ambiente estressante, onde o apoio é restrito, na forma em que a segurança é modelada com a presença dos pais (CRUZ et al, 2013). Desta forma surge a necessidade de preparar a criança para o procedimento técnico, onde o uso do brinquedo terapêutico auxilia, permitindo a mesma que demonstre seus sentimentos de medo e dor. Também propicia à equipe de saúde uma maior compreensão da situação de estresse vivenciado pela criança, tornando possível um maior entendimento das necessidades da mesma, interagindo assim com ela e com a família (SILVA et al, 2011). A interação e comunicação através do brinquedo é uma metodologia que a criança utiliza para expressar seus sentimentos em diversos momentos de sua vida. Sendo assim, o brinquedo terapêutico é uma modalidade lúdica utilizada com crianças que vivenciam experiências atípicas à sua idade, como por exemplo nos momentos de hospitalização. Diferentes profissionais podem usá-lo em diferentes lugares e momentos com o objetivo de melhorar a compreensão dos sentimentos da criança. Isto proporciona uma melhora no estado físico da mesma por participar de uma atividade lúdica, além de possibilitar o uso de suas capacidades fisiológicas desenvolvendo a aceitação das novas condições de vida (FRANCISCHINELLI; ALMEIDA; FERNANDES, 2012). Também em alguns casos, a hospitalização pode significar uma vivência positiva, quando os cuidadores buscam promover a sequência do crescimento e desenvolvimento das crianças, com iniciativas tanto individuais, como conjuntas que respondam as necessidades dos mesmos, mas devem amparar as famílias, pois também sofrem com a hospitalização dos seus filhos, com isso é essencial o apoio de toda a equipe hospitalar (CRUZ, et al, 2013). Durante a hospitalização a criança está duplamente doente, pois além da patologia física, ela sofre pelo afastamento da família e necessidade de estar em um ambiente estranho e fora de sua rotina, que se

<sup>1</sup>Acadêmicas do oitavo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai – URI Erechim.

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho com Ênfase em Estratégia da Saúde da Família pela UNIVALI –SC. Doutoranda em Saúde da Criança pela PUC – RS. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde

não for tratada corretamente e vivenciada com tranquilidade, poderá refletir de forma negativa em sua saúde mental (JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010). O brincar é essencial para o bem-estar da criança, pois contribui para seu desenvolvimento físico, motor, emocional, mental e também para o social, além de proporcionar que a criança consiga dominar a realidade. É também considerado como mecanismo de manutenção e recuperação da saúde (SILVA et al, 2011). A questão do brincar, também promove um melhor relacionamento da criança com seu corpo e o meio que a cerca, pois na questão da hospitalização as brincadeiras possibilitaram à criança uma maior compreensão da condição em que se encontra, entendendo assim o método da doença e da cura (FAVERO et al, 2007). Com isso o brinquedo terapêutico (BT) é importante, tendo como propósito que a criança consiga esquecer sua dor e fique mais tranquila, apesar de as vezes a dor e a patologia interferirem na utilização do BT (JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010). Também pode ser usado como uma brincadeira, para demonstrar situações hospitalares, seguindo os princípios da ludoterapia, onde a criança irá obter explicações sobre procedimentos pelos quais vai ser submetida. Assim poderá ver a situação e manejar os equipamentos, diminuindo a tensão após os procedimentos. (SILVA et al, 2011). Assim, fazer a escolha correta dos brinquedos pode diminuir os traumas inerentes à hospitalização, e auxilia na recuperação, pois certamente as crianças encontrarão saídas saudáveis para os sentimentos e para a hospitalização, oferecidos pelas atividades recreativas. Deve ser ofertado, as crianças, uma diversidade de brinquedos e materiais, deixando-as para livre escolha, não sugerindo quais ela deve utilizar (CASTRO et al, 2010). Durante as discussões realizadas sobre o uso do brinquedo para amenizar o estresse da hospitalização, percebeu-se que os acadêmicos entendem que é necessário que os profissionais de enfermagem utilizem, de alguma maneira, gestos, brinquedos, músicas e falas para que a criança tenha maior compreensão e aceitabilidade sobre a assistência que será prestada. O grupo sugere que os profissionais desenvolvam o interesse em aprofundar seus conhecimentos sobre este tema, e que assim comecem a aplicá-lo em suas práticas diárias, pois as crianças vão se acostumando até que o estresse da hospitalização seja reduzido naturalmente e que as crianças possam ser atores ativos no seu processo de recuperação com o apoio da equipe de enfermagem. Conclusão: Ao finalizar esta reflexão percebe-se que o brincar na hospitalização infantil facilita para que a criança aceite esta nova experiência de vida, sendo também um facilitador nas interações entre as intervenções e os cuidados prestados a criança hospitalizada, com isso é importante que a equipe de profissionais aceite e entenda as necessidades das crianças. Apesar de as vezes esta prática não ser tão aceita, deve ser repensada sua importância, pensando sempre na criança. Com isso é necessário a capacitação dos profissionais, para entender a importância do brincar e a forma como utilizá-lo. Assim, recomenda-se o uso do brinquedo terapêutico em todos os atendimentos às crianças, tanto ambulatoriais como na hospitalização, pois é uma forma de deixar a criança mais tranquila, evitando o estresse e o medo, e beneficiando os pais, as crianças e a equipe de saúde.

**Palavras-chave:** Brinquedos Terapêuticos, Crianças, Assistência de Enfermagem, Hospitalização.

#### REFERÊNCIAS:

- CASTRO, D.P. et al. Brincar como instrumento terapêutico. **Pediatria (São Paulo)**. v.32, n.4, p. 246-254. 2010.
- CRUZ, D.S.M. da et al. Brinquedo terapêutico: Revisão Integrativa. **Revista Enfermagem UFPE online**. v.7, n. 5. p. 1443-1448. Recife. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11631/13700>.
- FAVERO, L. et al. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de enfermagem: Relato de Experiência. **Cogitare Enfermagem**. v. 12, n. 4, p. 519-524. Curitiba - Paraná. 2007.
- FRANCISCHINELLI, A.G.B; ALMEIDA, F.A; FERNANDES, D.M.S.O. Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros. **Acta Paul Enfermagem**. v.25, n.1, p. 18-23. 2012.
- JANSEN, M.F. SANTOS, R.M. FAVERO, L. Benefícios da utilização do brinquedo durante os cuidados de enfermagem prestado à criança hospitalizada. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.31, n.2, p. 247-253. Porto Alegre -RS. 2010.
- SILVA, F.A.A. da et al. Estudo bibliográfico sobre o uso do brinquedo terapêutico na assistência de enfermagem à criança hospitalizada. **COORTE – Revista Científica do Hospital Santa Rosa**. v. 3, n. 3, p. 33 - 39. 2011.

## O CUIDAR À MULHERES NEGRAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: A VISÃO DE UMA GRADUANDA EM ENFERMAGEM

BANDURKA, J.<sup>1</sup>; MEDEIROS, R. M.<sup>2</sup>; BERGAMO, B.<sup>3</sup>

Grupo de pesquisa: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** As políticas públicas de saúde são imprescindíveis à garantia dos direitos sociais dos cidadãos, conforme postulados da própria Constituição Federal de 1988. Nesse contexto, remete-se à necessidade de efetivação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito municipal, com vistas à superação do processo de exclusão histórica da população negra na sociedade e à prestação de uma assistência integral e de qualidade dentro da Atenção Básica de Saúde (ABS), particularmente às mulheres negras, que constituem o grupo menos valorizado em suas necessidades de saúde (SANTOS, 2005). Nessa perspectiva, emerge um estudo voltado para a análise da implantação da PNSIPN, cuja essência é oferecer cobertura em ABS de modo a superar as iniquidades que este segmento populacional enfrenta, o que só é possível ao passo em que os gestores em saúde, dentre eles os enfermeiros, planejam e se responsabilizam por uma assistência universal, equitativa e humanizada, além de valorizar as necessidades e vulnerabilidades das populações assistidas (BRASIL, 2010). **OBJETIVOS:** Analisar a implantação da PNSIPN em um município de médio porte situado ao norte do estado do Rio Grande do Sul e certificar-se de como os enfermeiros gestores planejam a atenção à saúde da mulher negra, a partir das estratégias propostas pela referida política. **METODOLOGIA:** Estudo qualitativo de caráter descritivo e exploratório resultante do Plano de Trabalho de Bolsista intitulado “Releituras sobre a Saúde da Mulher Negra – a contribuição e a visão de um bolsista de graduação em Enfermagem”, da pesquisa Releituras sobre Saúde da Mulher Negra – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e Enfermeiros Gestores em ABS, aprovada pelo CEP URI-Erechim sob o número CAAE 44235415.5.0000.5351. Os dados foram coletados no período de agosto de 2015 a julho de 2017 em um município situado ao norte do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo treze enfermeiras, das quais seis são coordenadoras de Unidades Básicas de Saúde e sete coordenadoras da Estratégia de Saúde da Família na ABS. Empregou-se um instrumento de entrevista semiestruturada para a coleta de dados, que foram analisados a partir dos métodos da Análise de Discurso de Michel Foucault (2012) e Interações Verbais de Mikhail Bakhtin (2006). **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** As faixas etárias das treze participantes do estudo, formadas entre seis e trinta e dois anos, oscilaram entre vinte e nove e sessenta e seis anos de idade. No que se refere ao tempo de atuação na ABS, cinco enfermeiras relataram mais de dez anos, enquanto três entrevistadas afirmaram possuir menos de dez anos de atuação na ABS. Oito enfermeiras asseguraram conhecer superficialmente a PNSIPN, o que de imediato levou a pensar que o município estudado não possuía a referida política implantada. Em contraposição, quatro entrevistadas referiram desconhecer a PNSIPN, o que levou a pressupor que, como gestoras em saúde, não havia compromisso político por parte das profissionais com atividades a elas delegadas. Somente uma enfermeira assegurou conhecer a PNSIPN em todas suas nuances, fato que refletiu o compromisso desta, enquanto gestora em saúde, com o processo de saúde-adoecimento das coletividades. Diante de um achado pouco expressivo de profissionais atuantes na rede de ABS que conheciam a PNSIPN como uma estratégia que reafirma o princípio da universalidade, as informantes foram interrogadas sobre o meio de conhecimento, sendo que sobressaiu-se o acesso à PNSIPN através de

<sup>1</sup> Bolsista FAPERGS/URI. Acadêmica do 8º semestre de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim e integrante do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Educação; Saúde e Trabalho do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde do curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim.

<sup>2</sup> Coordenadora da pesquisa e Orientadora do Plano de Trabalho de Bolsista intitulado “Releituras sobre a Saúde da Mulher Negra – a contribuição e a visão de um bolsista de graduação em Enfermagem”, da pesquisa Releituras sobre Saúde da Mulher Negra – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e Enfermeiros Gestores em ABS, Coordenadora e Docente do curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim. Doutora em Educação (UNISINOS), Mestre em Educação (UFRGS) e Coordenadora do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Educação; Saúde e Trabalho e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde do curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim.

<sup>3</sup> Bolsista PIIC/URI. Acadêmica do 8º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim. Voluntária na mesma pesquisa e integrante do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Educação; Saúde e Trabalho do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde do curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim.

panfletos e informativos existentes nas unidades de saúde provenientes do Ministério da Saúde. As treze enfermeiras participantes do estudo afirmaram que a política em pauta não está implantada no local do estudo. Além disso, duas informantes relataram que não percebem nenhuma movimentação por parte da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para efetivá-la. Apesar das narrativas das participantes revelarem a ausência de implantação da PNSIPN no município estudado, estas foram questionadas acerca do planejamento de ações e estratégias para a população negra nas respectivas unidades de saúde em que atuam. Os discursos das enfermeiras deixaram explícito que a maioria da rede de ABS não planeja uma atenção voltada para o grupo afrodescendente e não está engajada na busca de prestar um atendimento integral que supere as iniquidades em saúde existentes. Apesar de dez profissionais não destinarem um atendimento específico e de qualidade ao segmento afrodescendente, em três Unidades Básicas de Saúde percebeu-se o empenho por parte das enfermeiras em destinar um atendimento integral, de qualidade e voltado para as doenças e agravos mais prevalentes na população negra. As informantes do estudo também foram questionadas acerca da existência de ações estratégicas para o grupo de mulheres negras, o que culminou com a utilização do termo igualdade como sinônimo de equidade. Levando em consideração a ausência de implantação da PNSIPN, as enfermeiras foram convidadas a darem seu parecer sobre a implantação da mencionada política, onde a grande maioria valeu-se dos termos discriminação e racismo para justificar seu posicionamento contrário. Do mesmo modo que dez profissionais entrevistadas se posicionaram contrárias à implantação da PNSIPN, três enfermeiras se demonstraram a favor da implantação, reconhecendo, que a PNSIPN representa um avanço para a área da saúde em termos de destinar um atendimento humanizado, digno, integral e de qualidade à população negra, além de refletir engajamento político e social no que tange ao atendimento específico das minorias que são menos assistidas. Pensando pela construção de análise discursiva, percebe-se que as causas, motivos e circunstâncias que levaram doze enfermeiras à escolha da Saúde Pública foram os mais variados, incluindo a garantia de estabilidade profissional e financeira. Somente uma entrevistada retratou que os motivos que lhe levaram a optar pela saúde coletiva não foram exclusivamente os que garantem estabilidade profissional, evidenciando a dimensão humana do cuidar em Enfermagem, que era o que se pretendia encontrar nos discursos das demais participantes: o interesse em qualificar os serviços oferecidos pela ABS, visando proporcionar um atendimento integral e equânime embasado nas Políticas Públicas de Saúde existentes e não o interesse financeiro ou mera garantia de estabilidade profissional.

**CONCLUSÕES:** Considerando a ausência de implantação da PNSIPN no local investigado, reitera-se o papel dos gestores em saúde no que tange à mudança do paradigma racista institucional, valendo-se para tanto de um olhar social que priorize os aspectos éticos no que se relaciona ao cuidado humanizado e de qualidade dentro das diferenças. Visto que os achados deste estudo foram, em sua maioria, destoantes do preconizado pela Lei Orgânica da Saúde, principalmente no que tange aos princípios de universalidade do acesso, integralidade do atendimento e equidade da assistência, é importante resgatar que o acesso aos serviços e ações de saúde por parte da população negra demanda planejamento estrutural, epidemiológico e financeiro, mudanças na cultura política e organizacional, formação de redes articuladas em saúde e, principalmente, a capacitação permanente da equipe multiprofissional para que esta esteja preparada para atender as demandas advindas das minorias. Além disso, a efetivação de uma assistência universal, integral e equânime demanda uma corresponsabilização mútua entre usuários e gestores, pois o desdobramento inevitável para as atividades de um gestor é encontrar-se politicamente implicado nas nuances do processo saúde-doença.

**Palavras-chave:** Mulheres Negras. Atenção Básica de Saúde. Enfermeiros. PNSIPN. Etnia/Raça.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2010.
- BAKHTIN, M. **Marxismo e Filosofia da Linguagem – problemas fundamentais do Método Sociológico na Ciência da Linguagem**. 12<sup>a</sup> ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- FOUCAULT, M. **A Arqueologia do Saber**. 8<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.
- SANTOS, S.M. **Desigualdades Raciais na Mortalidade de Mulheres Adultas no Recife, 2001-2003**; [Dissertação de Mestrado em Vigilância sobre a Saúde]. Recife: Universidade de Pernambuco, 2005. Disponível em: [http://www.bdtd.upe.br/tesesimplificado/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=20](http://www.bdtd.upe.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=20). Acesso 06/04/2015.

## **O DIÁRIO DE CAMPO COMO METODOLOGIA PARA O APRENDIZADO – experiência de acadêmicos formandos em enfermagem**

Josilei Lopes Colossi, Samuel Salvi Romero, Andressa Vedovatto, Adriana Brhem Cantele, Adriana Da Costa, Luciele Regina Kammler

Área Temática: Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento Humano, Saúde E Educação

Introdução: A globalização demanda inovações na área da saúde, exigindo dos profissionais, incluindo o enfermeiro, formas de aperfeiçoamento das suas atividades. Neste sentido, o ensino em todos os seus aspectos deve acompanhar essas mudanças, incluindo a educação nas graduações de enfermagem, onde o aluno deixa de ser um espectador, e se torna sujeito na elaboração do conhecimento (SILVA; SILVA; RAVALIA, 2009). Por esse motivo, o ensino superior possui o desafio de modificar o processo de formação profissional para que os acadêmicos formem se preparados para as novas realidades encontradas. (NETO et al., 2007). O profissional que atua na Saúde Pública necessita muito mais que somente conhecimento técnico-científico, para atender toda as questões sociais e visualizar os indivíduos na sua integralidade. Dessa forma se torna necessário a implementação de novas metodologias para o aprendizado, onde os acadêmicos se tornem capazes de elaborar, planejar, aplicar e analisar políticas e ações voltadas para a saúde da população (MELLO; ALVES; LEMOS, 2014). Diante disto, o diário de campo se torna um instrumento de aprendizagem possibilitando ao acadêmico além da anotação da suas experiências diárias, expressar suas considerações, análises, estratégias, sentimentos, proporcionando momentos de reflexão acerca das condições encontradas e ações realizadas, além da autorreflexão, fazendo com que o discente volte o olhar para si, como forma de provocar e estimular princípios didáticos, intelectuais e responsáveis, possibilitando assim, um crescimento profissional e pessoal. Os diários, também, tornam-se um meio de estímulo e desenvolvimento da escrita, esperando-se que por meio das anotações diárias, os acadêmicos acabem aperfeiçoando sua habilidade na construção textual. (SOARES et al, 2011). O diário se torna uma ferramenta que possibilita ao discente a procura pelas suas características profissionais, na proporção em que o aluno revisita sua construção com um olhar crítico sobre a atuação profissional, percebendo suas limitações e deficiências através de busca ilimitada de estruturação, desestruturação e reestruturação do saber (LIMA; MIOTO; DAL PRÁ, 2007). Objetivo: Relatar as vivências e experiências de acadêmicos formandos de enfermagem na construção do diário de campo durante o estágio supervisionado. 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 município de médio porte, localizado na região norte do estado do Rio Grande do Sul. Os momentos descritos aconteceram no segundo semestre do ano de 2017. O desenvolvimento do diário de campo foi proposto pelos professores orientadores com o intuito de descrever as habilidades acadêmicas, desenvolver a característica de criticidade e posicionamento, além 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 das práticas do estágio supervisionado aprendeu-se que a utilização dos diários possibilitam análises sobre o método funcional das organizações, gerando um processo de ensino-aprendizagem, estabelecendo proximidades entre as teorias administrativas e as experiências vivenciadas no decorrer das atividades desenvolvidas oportunizando, ainda, uma qualidade na assistência prestada aos usuários durante os atendimentos realizados. Além disso, permitiu aos acadêmicos aprimorarem seus conhecimentos técnicos científicos, atribuído ao entendimento de que na saúde coletiva é necessário um olhar diferenciado que vai além dessas habilidades. A reflexão efetuada durante a realização do diário possibilitou uma visão ampliada e baseada nos princípios do SUS, visando o cuidado integral em suas diversas situações. Após as revisitas aos diários foram analisadas as consequências do método funcional, o estilo de liderança dos enfermeiros da UBS e dos colegas, da relação da equipe de enfermagem e questões éticas relacionadas à assistência e a humanização, as vulnerabilidades encontradas, questões sociais, dentre outros aspectos observados no

território. Percebe-se que o diário requer desempenho pessoal, disponibilidade de tempo, sendo assim, pode construir 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 separar os conteúdos de maneira que facilitasse a visualização dos dados registrados tornando-se muito importante para a compreensão de quem os manuseou. As estruturas de cada diário representaram propriedade, autonomia e enriquecimento do material. 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. Escrever a biografia do usuário, a história da instituição, os planos de ações, as prioridades conforme a vulnerabilidade do território e avaliar essas ações e as próprias críticas possibilitou reflexões entre alunos e orientadores, motivando o conhecimento teórico, prático e científico. Considerações finais: Desta forma, o diário de campo, constitui-se como uma ferramenta norteadora para as práticas dos discentes, visando as necessidades da população acompanhada por meios de envolvimento profissional nos métodos aplicados, com a finalidade, ainda, de compartilhar trabalhos, conhecimentos e responsabilidades. Estas atividades instigaram novas reflexões críticas e éticas, fortalecendo a prática do diálogo como forma de apoiar e estimular a criatividade e as particularidades presentes nas rotinas das unidades de saúde, que possibilitaram o desenvolver de articulações entre os gestores, orientadores, alunos e equipes das UBS. Ele revelou as dificuldades encontradas nas rotinas dos serviços de saúde e em contrapartida alinhou os conhecimentos adquiridos no decorrer do curso acadêmico. Por fim, este documento foi considerado importante e positivo para a qualificação dos alunos pois facilitou o aprendizado, estimulou a auto avaliação além de acrescentar muitas informações críticas e orientações profissionais relacionando-as à realidade por meio dos relatos de experiências. O registro dos diários, das ações, discussões, dificuldades e emoções fazem parte do processo de formação, e com isso, a utilização deste recurso trouxe um valor expressivo para a formação dos acadêmicos de enfermagem. Agregando conhecimento e proporcionando de maneira permanente a atualização dos conhecimentos, linhas de gestão de equipes, prestação de uma assistência humanizada conforme as necessidades da população, fundamentados nos princípios do SUS, Universalidade, Equidade e Integralidade, o diário de campo foi um componente positivo da nova estrutura apresentada ao estágio supervisionado IIB.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde; Enfermagem Comunitária; Estudantes de Enfermagem; Promoção da Saúde.

#### REFERÊNCIAS:

- LIMA, T. C. S; MIOTO, R. C. T; DAL PRÁ, K. R. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 93-104, jan./jun. 2007.
- MELLO, C. C. B; ALVES, R. O; LEMOS, S. M. A. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. **Revista CEFAC**, [S.l.], v. 16, n. 6, p. 2015- 2028, nov./dez. 2014.
- NETO, D. L et al. Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 627-634, nov/dez. 2007.
- SILVA, R. M; SILVA, I. C. M; RAVALIA, R. A. Ensino de Enfermagem: Reflexões Sobre o Estágio Curricular Supervisionado. **Revista Práxis**, [S.l.], n. 1, p. 37-41, jan. 2009.
- SOARES, A. M., et al. O diário de campo utilizado como estratégia de ensino e instrumento de análise do trabalho da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 665-670, out/dez. 2011. Disponível em: < [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v13/n4/pdf/v13n4a10.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a10.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2017.

## **O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL COMO FERRAMENTA PARA MELHORIA DOS CUIDADOS EM USUÁRIOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS INSULINODEPENDENTES: um relato de experiência**

BINI, V. B.<sup>1</sup>; ROMERO, S. S.<sup>2</sup>; GERMINIANI, J.<sup>1</sup>; LIMA, R. L.<sup>1</sup>; PEDROSKI, G.<sup>1</sup>; VAZATTA, C. A.<sup>1</sup>

Área Temática: Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) possuem altas taxas de prevalência e baixas taxas de controle levando, por conseguinte a um índice elevado de internações hospitalares, uma piora na qualidade de vida dessa população e ao surgimento de doenças secundárias. Segundo dados do Sistema Único de Saúde apontam que o diabetes está entre as dez maiores causas de mortalidade no país. (GROSSI, 2011). Diante desse cenário e sabendo da importância do controle dos níveis pressóricos e das taxas glicêmicas dentro da normalidade, optamos pela realização deste projeto visto que, durante a nossa caminhada enquanto acadêmicas foi passível de identificação de que ações de educação em saúde no âmbito da Atenção Básica são ferramentas fundamentais, pois possibilitam uma melhoria nas condições de saúde da população assistida, garantindo assim a promoção da saúde. **OBJETIVO:** Descrever a aplicação de um Projeto de Análise Situacional sob a sistematização do Planejamento Estratégico Situacional como ferramenta para cuidados de um grupo de hipertensos e diabéticos insulino-dependentes. **METODOLOGIA:** O presente resumo trata de um relato de experiência de acadêmicas de enfermagem do oitavo semestre da Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Durante a disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva 4, no primeiro semestre do ano de 2017, foi desenvolvido um Projeto de Análise Situacional que utilizou como ferramenta de sistematização para os cuidados, o Planejamento Estratégico Situacional (PES). O projeto tinha como foco o desenvolvimento de atividades voltadas para a gestão do cuidado durante as práticas curriculares que aconteceriam em uma Unidade Básica de Saúde de um município do norte do Estado do Rio Grande do Sul. Os usuários envolvidos no processo de cuidado foram aqueles que apresentaram diagnósticos de hipertensão e diabetes simultaneamente, ainda, que fizessem o uso de insulina no tratamento diabético. O projeto contou, desta forma, com nove usuários com as características preconizadas e obteve colaboração de toda a equipe multiprofissional, perfazendo um caminho cuidador com vistas à integralidade. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A aplicação do Projeto de Análise Situacional seguiu os momentos propostos pelo PES – Explicativo; Normativo; Estratégico e Tático Operacional. Explicativo- Identificação e conhecimento da Problemática: hipertensos e diabéticos insulino-dependentes com carência no autocuidado. Em contato com as agentes comunitárias da saúde (ACS) foram rastreados prontuários e possíveis usuários que respondessem aos critérios de inclusão propostos. A amostra foi composta, diante do cenário, por usuários de 48 a 88 anos e ensino fundamental incompleto como grau de escolaridade predominante. Além disso, foram levantadas características voltadas para o entendimento das vivências e ambiências do público a ser assistido. Normativo: De conhecimento do problema o projeto foi submetido à apreciação da enfermeira coordenadora e enfermeiras da Estratégia Saúde da Família da unidade, objetivando a explicação da proposta, dados encontrados e identificação das condutas prioritárias relacionadas aos usuários hipertensos e diabéticos insulino-dependentes. Apresentação de revisão de literatura voltada para a temática com subsídios científicos suficientes para compreender a importância do projeto em questão. Com base nos momentos anteriores foi possível estabelecer parâmetros fidedignos para organizar as buscas e estratégias. Estratégico: Neste momento, em conformidade com as propostas da equipe foi elaborado um plano de ação com as atividades que, sob olhar multidisciplinar, produzissem efeitos na efetivação da proposição cuidadora. Foram previstas visitas domiciliares oportunizando o conhecimento do território, composição familiar e de redes sociais e ampliação do olhar frente à problemática inicial. Atuação frente à condição do processo saúde- doença de cada um dos usuários. Organização dos materiais destinados ao cuidado das patologias específicas diagnosticadas. Inclusão do familiar no cuidado individual e coletivo. Confecção de material educativo para equipe multiprofissional, incluindo

<sup>1</sup> Acadêmicas do 8º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim.

<sup>2</sup> Enfermeiro. Mestre em Envelhecimento Humano. Doutorando em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem URI Erechim.

agentes comunitárias de saúde. Orientações gerais acerca dos sinais e sintomas relacionados a qualquer crise ou agudização das patologias mencionadas. Consultas de enfermagem com entrevistas individuais visando a promoção da saúde no ambiente domiciliar e familiar. Tático – Operacional: momento de ação efetiva do momento estratégico. Durante as consultas de enfermagem foram oportunizados aos usuários questionamentos abertos a fim de analisar o conhecimento dos mesmos acerca de suas patologias, bem como, identificar o surgimento de possíveis alterações decorrentes do quadro clínico apresentado pelos mesmos. Para todos os pacientes foram ofertadas orientações gerais, tais como: a realização do hemoglicoteste e aferição da pressão arterial durante o período de abordagem da prática curricular. A adesão e o uso correto de medicamentos prescritos, além da importância da prática de hábitos alimentares saudáveis bem como de atividades físicas regulares e o controle de peso foram abordados durante as intervenções. Foram realizados planos de ações distintos, devido à singularidade de cada usuário e de seus contextos sociais. Durante as práticas, reflexões foram construídas possibilitando uma análise coletiva da situação observada e condução de discussões importantes para o contexto de toda a equipe de referência. Foi possível perceber que a maioria dos usuários não realiza os testes necessários regularmente, destacando motivos como: ausência de fitas ou lancetas; desconforto (dor), condição econômica ou pessoal e a fita não compatível com o glicosímetro. No que diz respeito à adesão ao tratamento medicamentoso, também foram identificados alguns problemas, tais como: o uso incorreto ou em horários desfavoráveis, o abandono do tratamento sem prescrição médica, inferindo resultados desfavoráveis no processo terapêutico proposto. O objetivo inicial do projeto foi de identificar pacientes com diagnóstico de hipertensão e diabetes mellitus insulino-dependentes, no entanto, durante as consultas de enfermagem realizadas no domicílio foram observadas condições negativas para melhora do processo saúde doença, como higiene, acondicionamento de medicamentos, alimentação desfavorável, sedentarismo, negligência institucional, autocuidado limitado, insuficiência familiar, automedicação, resistência à adesão terapêutica. Além destas, isolamento social, agressão doméstica, desmotivação, quadros depressivos patológicos, conduzindo a respostas sociais deficientes e preocupantes. A equipe passou a ter conhecimento de várias formas de negligência e maus cuidados através da devolução dos dados pelas acadêmicas, permitindo a autoavaliação profissional e autopercepção frente ao desempenho cuidados ofertado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Sabendo da importância da educação em saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida das pessoas, é possível identificar que as ações planejadas e propostas, trarão resultados positivos, porém é necessário que haja o comprometimento por parte dos usuários e seus familiares, bem como, dos profissionais de saúde na garantia da continuidade do projeto e na escuta qualificada. A aplicação do presente Projeto de Análise Situacional pode conduzir a novas propostas terapêuticas, assim como reorganização de fluxos e processo de trabalho, observando, contudo, os usuários e familiares em sua integralidade.

**Palavras-chave:** Planejamento Estratégico; Enfermagem Comunitária; Promoção da Saúde; 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). Disponível em:

<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab15>>. Acesso em: 02 de Novembro de 2016.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana de Saúde. **Hipertensão.** Disponível

em: <[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=221&Itemid=40878&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=221&Itemid=40878&lang=en)>. Acesso em: 02 de Novembro de 2016.

FERREIRA, S.R.G; et al. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, vol. 43. 02 Novembro de 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 Sept. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2007001500012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012)>. Acesso em: 03 de Novembro de 2016.

## O TRABALHO EM EQUIPE DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DE UMA BOLSISTA DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM<sup>1</sup>

BERGAMO, B.<sup>2</sup>; MEDEIROS, R. M.<sup>3</sup>; BANDURKA, J.<sup>2</sup>

Área Temática: Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** O trabalho em equipe está relacionado às competências e características que cada pessoa possui e desenvolve em sua área ou campo de atuação. Competências essas que são características pessoais, que quando unidas dão origem às equipes. Além disso, é um tema que permeia o trabalho em saúde e sua abordagem teórico-prática apresenta lacunas importantes que precisam ser exploradas e aprofundadas, para que seja possível elaborar tecnologias capazes de melhorar e otimizar o processo de trabalho, tanto na saúde quanto na enfermagem. **OBJETIVOS:** O geral foi conhecer a organização do trabalho em equipe de profissionais da enfermagem em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Erechim-RS. Já os específicos foram conhecer os aspectos de organização e logística e identificar os aspectos dinamizadores e obstaculizadores do trabalho em equipe. **METODOLOGIA:** O presente trabalho foi estruturado a partir de uma pesquisa qualitativa, sendo a população constituída por uma representação de profissionais de enfermagem que atuam nas referidas unidades. A pesquisa, intitulada como “O trabalho em equipe de profissionais da enfermagem em unidades básicas de saúde”, foi aprovada pelo CEP URI-Erechim na data de 12/06/16, sob o número do CAEA 44283515.9.0000.5351. Na coleta de dados foi utilizado um roteiro com questões semiestruturadas e o estudo teve como método de tratamento dos dados as perspectivas de Análise de Discurso de Michel Foucault (2012) e Interações Verbais de Mikhail Bakhtin (2006). A fim de tornar didática a seleção de discursos das entrevistadas, intitulou-se as participantes enfermeiras como Enf seguida de uma letra subscrita e as participantes técnicas de enfermagem foram intituladas como Téc seguida de uma letra subscrita. **RESULTADOS:** A pesquisa e o plano de trabalho (PTB) estenderam-se de julho de 2016 a agosto de 2017 onde foram entrevistadas dez enfermeiras e nove técnicas de enfermagem. As equipes analisadas apresentavam profissionais com diferentes níveis de formação, idade e tempo de trabalho nas unidades, o que repercutiu em diferentes modos de interrelação no ambiente de trabalho. Demais aspectos também relacionados ao âmbito das relações interprofissionais dizem respeito à interdependência e articulação das ações, comunicação e construção de consensos, entre outros, os quais irão permitir que diversos espaços sejam construídos no ambiente de trabalho, os quais podem levar as relações para uma direção oposta ao objetivo da produção em equipe ou contribuir para sua concretização plena. Ao realizar as entrevistas e comparar discursos, costurando-os aos espaços onde as profissionais estavam inseridas, foi possível perceber que em unidades melhor projetadas as equipes relacionavam-se de forma mais satisfatória. Outra característica que beneficiava o trabalho em equipe era o maior tempo de convívio entre os integrantes, o que, segundo as próprias entrevistadas, fortalecia vínculos, confiança, comunicação, dentre outros instrumentos indispensáveis para a concretização de equipes integradas. **DISCUSSÃO:** A respeito da interação entre os diferentes profissionais, dezessete entrevistadas afirmaram que a mesma ocorre na prática diária, porém duas afirmaram que não. A entrevistada Enf<sub>B</sub> afirmou que: “Assim, na nossa unidade a gente trabalha em equipe. O enfermeiro e o técnico trabalham igual, só tem funções do enfermeiro que o técnico não pode fazer, mas no mais a gente trabalha igual [...]”. Quatro das dezenove entrevistadas relataram dificuldades em articular suas práticas com os demais profissionais. Bakhtin (2006) afirma que o que faz da palavra uma palavra é a sua significação e analisando a fala de Téc<sub>E</sub>, em especial, é possível detectar total individualismo quando a mesma afirma que: “o meu trabalho eu vou ali e executo (pausa). Às vezes

<sup>1</sup> Plano de Trabalho (PTB) na pesquisa: O Trabalho em Equipe de Profissionais da Enfermagem em Unidades Básicas de Saúde.

<sup>2</sup> Bolsistas PIIC/URI e FAPERGS/URI, respectivamente e acadêmicas do 8º semestre de Graduação em Enfermagem/URI Erechim, integrantes do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Etnia; Educação; Saúde e Trabalho do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde (NESCSS) de Graduação em Enfermagem/ URI Erechim.

<sup>3</sup> Coordenadora da pesquisa e Orientadora do PTB. Coordenadora e Docente na Graduação em Enfermagem/URI Erechim. Doutora em Educação (UNISINOS), Mestre em Educação (UFRGS), coordenadora do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Etnia; Educação; Saúde e Trabalho e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde (NESCSS) do curso de Graduação em Enfermagem/URI Câmpus Erechim.

acontece de precisar do outro [...]”. Esse relato acaba por aludir que o trabalho em equipe não ocorre com efetividade e não assume importância para a entrevistada. Para Bergamim e Prado (2013), uma das características do processo de trabalho em enfermagem é a fragmentação das funções, ou seja, a existência de auxiliares, técnicos e enfermeiros dentro da categoria profissional Enfermagem. Essa fragmentação, no entanto, não deve afastar um profissional do outro e sim proporcionar interação multiprofissional. Pensando nessa perspectiva, quando questionadas se acreditavam que a interação interferia no resultado do trabalho, todas as entrevistadas afirmaram que sim. Nove entrevistadas retrataram a existência de situações em que precisaram de um colega e não foram atendidas. A respeito disso, Foucault (2012) afirma que as modalidades de enunciação são descritas a partir da posição que o sujeito ocupa em relação ao domínio de objetos de que fala e é possível notar a falta de cooperação profissional presente em muitos relatos das entrevistadas. Dezesesseis entrevistadas afirmaram que a definição de tarefas de cada membro ocorria em equipe. Moura et al. (2013) asseveram que no desafio cotidiano do exercício da liderança, a comunicação franca, aberta, direta e transparente surge como elemento indispensável à condução do trabalho em equipe, e com relação à essa temática, três profissionais afirmaram a existência de problemas de comunicação na equipe. Quando questionadas sobre a frequência das reuniões de equipe, treze das entrevistadas afirmaram a ocorrência de reuniões semanais das equipes de Estratégia Saúde da Família e reuniões mensais da equipe da unidade, enquanto seis destacaram a dificuldade em realizar reuniões da equipe da unidade mensalmente. Quando questionadas a respeito de como os resultados do trabalho são avaliados, três das entrevistadas afirmaram que os mesmos são avaliados nas reuniões, seis afirmaram que são avaliados conforme os resultados da ouvidoria que o município realiza, uma entrevistada afirmou que era a enfermeira que avaliava e nove negaram a existência da avaliação dos resultados. Foucault (2012, p. 67) nos traz que “os enunciados podem estar ligados uns aos outros em um tipo de discurso”, e foi possível detectar a semelhança nos relatos de várias entrevistadas ao reproduzirem descaso referente à importância de avaliar o trabalho produzido.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Trabalhar em equipe é conviver com incertezas, visto que os sujeitos envolvidos apresentam singularidades, as quais determinarão a identidade de cada equipe, e em se tratando de trabalho em equipe na área da enfermagem, observa-se que as equipes analisadas até então apresentam profissionais com diferentes níveis de formação, idade e tempo de trabalho nas unidades, o que repercute em diferentes modos de inter-relação no ambiente de trabalho. Demais aspectos também relacionados ao âmbito das relações interprofissionais dizem respeito à interdependência e articulação das ações, comunicação e construção de consensos, entre outros, os quais irão permitir que diversos espaços sejam construídos no ambiente de trabalho, os quais podem levar as relações para uma direção oposta ao objetivo do trabalho em equipe ou contribuir para sua concretização plena. Ao realizar as entrevistas e comparar discursos, costurando-os aos espaços onde as profissionais estavam inseridas, foi possível perceber que em unidades melhor projetadas, as equipes relacionavam-se de forma mais satisfatória. Outra característica que beneficiava o trabalho em equipe era o maior tempo de convívio entre os integrantes da equipe, o que, segundo as próprias entrevistadas, fortalecia vínculos, confiança, comunicação, dentre outros aspectos indispensáveis para a concretização de equipes integradas. Ao decompor os problemas encontrados no trabalho em equipe torna-se evidente que muitas das dificuldades encontradas no cuidado ao usuário têm como possível causa as dissonâncias entre os membros da equipe de enfermagem considerando que é ela a concretização de basicamente toda a atenção à individualidade, grupos e comunidades.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Trabalho; Equipe.

#### REFERÊNCIAS:

- BAKHTIN, M. **Marxismo e Filosofia da Linguagem** – problemas fundamentais do Método Sociológico na Ciência da Linguagem. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- BERGAMIM, M. D.; PRADO, C. Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, fev. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a21.pdf> >. Acesso em: 01 ago. 2016.
- FOUCAULT, M. **A Arqueologia do Saber**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.
- MOURA, G. M. S. S. et al. Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança. **Rev. Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, mar. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a15.pdf> >. Acesso em: 01 ago. 2016.

## O (des)ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA – reflexões na vivência acadêmica sob a ótica do planejamento estratégico situacional

Diogo Pigatto; Nadini Filipiak; Samuel Salvi Romero; Regina Maria Bidel

Área Temática: Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** A Política Nacional de Humanização foi lançada em 2003 para efetivar os princípios do SUS nas práticas de atenção nos mais diversos serviços de saúde (BRASIL, 2003). Humanizar é trabalhar com inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado, de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. Dentre os princípios que a Política Nacional de Humanização ou HUMANIZASUS traz destaca-se o Acolhimento. Este por si só permite um olhar acerca dos processos de trabalho das equipes, suas influências sobre o acesso e o estabelecimento de fluxos de atendimento (MATTIONI, 2011). Acolher é reconhecer o que o outro traz como uma singular necessidade de saúde. O acolhimento deve sustentar uma relação entre equipes/serviços e usuários/populações. O acolhimento tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva (HUMANIZASUS, 2003). Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores é possível garantir o acesso desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (CAVALCANTE, et al., 2015). A vivência acolhedora observada durante as práticas curriculares pode empoderar o acadêmico a promover ações que produzam acolhimento em seu sentido literal. No entanto, ao se constituírem práticas **OBJETIVO:** Descrever a aplicação de um Projeto de Análise Situacional sob a sistematização do Planejamento Estratégico Situacional acerca do acolhimento na atenção básica à saúde. **METODOLOGIA:** O presente resumo trata de um relato de experiência de acadêmicos de enfermagem do oitavo semestre da Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Durante a disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva 4, no primeiro semestre do ano de 2017, foi desenvolvido um Projeto de Análise Situacional que utilizou como ferramenta de sistematização para os cuidados, o Planejamento Estratégico Situacional (PES). O projeto tinha como foco o desenvolvimento de atividades e percepções voltadas para a gestão do cuidado, fluxos de atendimento, processos de trabalho e olhares para o trabalho em equipe durante as práticas curriculares que aconteceriam em uma Unidade Básica de Saúde de um município do norte do Estado do Rio Grande do Sul. As considerações apontadas para o desenvolvimento do projeto em questão versaram acerca das estruturas das equipes, entendimentos sobre o acolhimento e ações produzidas pelos protagonistas do cuidado, permeando intervenções individuais e coletivas. Além disso as discussões promovidas em sala de aula, reflexões baseadas em bibliografias contemporâneas e experiências pessoais foram imprescindíveis para a composição do relato. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A aplicação do Projeto de Análise Situacional seguiu os momentos propostos pelo PES – Explicativo; Normativo; Estratégico e Tático Operacional. Explicativo-Identificação e conhecimento da Problemática: O acolhimento na Atenção Básica à Saúde. Neste momento foram analisados fluxogramas e processos de trabalho. Em atenção à alta procura de atendimento na UBS, decorrente da demanda desorganizada, a retroalimentação das filas e a não garantia da universalidade do acesso aos serviços, surgiu a preocupação em assegurar um atendimento integral e qualificado a estes cidadãos através da implantação do Acolhimento com escuta qualificada, através de um fluxo organizado de atendimento, promovendo mudanças nas práticas dos serviços, onde a defesa da vida e a universalidade do acesso foram adotadas como lema. Normativo: Inicialmente, o projeto situacional abordava como problema a “falha no serviço de acolhimento ao paciente na UBS”, e tinha como metodologia para resolução uma ferramenta chamada de Fluxograma. O fluxograma é uma ferramenta que, através de símbolos gráficos, organiza demandas e orienta o passo a passo, a direção das ações e o fluxo do processo. O objetivo é apresentar de forma clara e objetiva a movimentação das informações, além de dar uma sequência as operações e o trabalho que está sendo executado. Qualquer mudança numa organização ou serviço requer preparação, explicações e treinamento pois existe uma porção de fatores técnicos e de pessoal que podem inviabilizar ou barrar novos projetos. Para contextualizar o tema diante da equipe multiprofissional da UBS foram organizadas etapas de preparo e

sensibilização acerca da temática. A primeira fase seria informar aos funcionários sobre o que trata o projeto e posteriormente os objetivos do mesmo. Outra função, apresentar aos funcionários os benefícios de uma nova visão em assistência e que qualquer mudança será através do esforço de cada um. Foi necessário motivar os funcionários para que estes acreditassem nos resultados positivos e compartilhassem com a população possíveis benefícios. Haveria a necessidade de direcionar as pessoas a desempenharem suas funções de acordo com o que foi solicitado. Por final, necessário ter controle das ações e sinalizar o erro se este vier a ocorrer. O sucesso de um processo de mudança só ocorre quando a equipe toda estiver alinhada e trabalhar na mesma direção em busca dos resultados, desta forma, cada novo momento deveria ser comunicado e se possível promover uma discussão democrática para entendimento geral da proposta. Por meio deste planejamento, evidências e definições poderiam ser construídas as estratégias de atuação. Estratégico: O desenvolvimento se daria pela readequação do Fluxograma, conforme a demanda da UBS; encontro explicativo sobre o projeto para a equipe e nessa troca de saberes motivação da equipe para ter novos olhares sobre o atendimento em suas raízes gerenciais, assistenciais, humanas e de acesso. Posteriormente, por meio da observação do fluxo da UBS e a abertura dada pela equipe para explanação de novos olhares sobre o atendimento, seria adaptado o projeto através de um foco central na escuta qualificada, e através dela desenvolver uma visão ampla e integral no acolhimento possibilitando a complementariedade de ações com base nos núcleos profissionais presentes na UBS. As propostas seriam realizadas de forma escrita e contratualizada com dimensões técnico científicas e embasadas continuamente sob o olhar da equipe multiprofissional. Ainda, a indicação de qualquer estratégia passaria por aprovação da gestão da UBS. Tático – Operacional: momento de ação efetiva do momento estratégico. Através de uma reunião com a equipe de enfermagem, pôde-se construir a reflexão da equipe sobre o acolhimento na atenção básica. Em um primeiro momento foi construída uma apresentação de slides para elucidação de quaisquer movimento e ou dúvidas da equipe da UBS, abordando temáticas para sensibilização, explanando conceitos que viabilizam na prática um atendimento integral. Foi apresentada a Política Nacional de Humanização para a equipe compreender seus princípios de atuação. Foram discutidos aspectos relacionados aos processos de trabalho, compilando dados e meios didáticos de entendimento das problemáticas iniciais. Houve o momento de escuta por parte dos profissionais para que pudessem arguir acerca do tema. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A aplicação do projeto contou com a participação parcial da equipe, contudo houve troca de saberes e experiências, com interação dos profissionais da UBS em uma conversa com bastante criticidade e envolvimento. O projeto não foi bem aceito inicialmente, tendo em vista o perfil gestor e os processos de autoavaliação considerados pela equipe. Acredita-se que novos e maiores apontamentos, bem como, intervenções em níveis de gestão possam ser acrescidos no contexto do acolhimento para que consiga se alcançar resultados de cunho educativo, humanizado e corresponsável. Existe a necessidade de ratificar que os problemas somente poderão ser solucionados quando forem previamente reconhecidos.

**Palavras-chave:** Planejamento Estratégico; Enfermagem Comunitária; Acolhimento; Promoção da Saúde; Assistência Integral à Saúde.

#### **REFERÊNCIAS:**

- CAVALCANTI, PCS; NETO, AVO; SOUSA, MF. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.39, n.105, abr/jun. 2015.
- MATTIONI, FC; BUDÓ, MLD; SCHIMITH, MD. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n.2, abr.-jun., 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. Documento para Discussão. Brasília, 2003.

## ORIENTAÇÕES MULTIDISCIPLINARES NO PÓS PARTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA E REFLEXÕES ACADÊMICAS

PINTO, Lindamar<sup>1</sup>; BRESOLIN, Aline<sup>2</sup>; MORAES, Larissa de<sup>3</sup>; ZIN, Cristian Felipe Fantin<sup>4</sup>; MIOLO, Daniely Pilares<sup>4</sup>; MANFREDINI, Cibele Sandri<sup>5</sup>

Introdução: O recém-nascido, recebe sua primeira amamentação no hospital nas primeiras horas de vida. Esta é de suma importância para o bebê, pois traz muitos benefícios para seu desenvolvimento (NETTO et al, 2016). A falta de apoio do serviço de saúde torna o aleitamento materno difícil, sendo que deveria ser um momento de prazer e ligação entre mãe e bebê. As mulheres moradoras de zona rural, por exemplo, têm pouco ou nenhum acesso às informações sobre amamentação, optando por outras alternativas alimentícias diante da primeira dificuldade no ato de amamentar. Um meio de diminuir o desmame precoce seriam as visitas domiciliares, promovidas pelos profissionais de saúde, levando orientação para as mulheres que se encontram afastadas da zona urbana (PINHEIRO et al, 2010). Entende-se que esta situação pode ser amenizada com ações conjuntas da equipe multidisciplinar sendo na atenção básica ou na área hospitalar. Nesta por sua vez, percebe-se uma importância preliminar pois é nos primeiros momentos do encontro da mãe com seu filho que as orientações com base nas vivências da puérpera estão surgindo e sendo necessárias para facilitar o processo de amamentação. Objetivo: apresentar uma experiência durante orientações no pós-parto proporcionando uma reflexão multidisciplinar. Metodologia: trata-se de um relato de experiência, ocorrido em um Hospital Amigo da Criança ao norte do Rio Grande do Sul durante estágio obrigatório do curso de Serviço Social no ano de 2014 e uma reflexão, baseada nestas informações, de acadêmicos de enfermagem realizada em sala de aula com apoio de bibliografias referente ao tema, em 2017. Os dados foram extraídos do relatório de estágio realizado ao término do mesmo e das reflexões realizadas. Resultados: Ao realizar as atividades na clínica obstétrica do hospital foi possível uma interação com a equipe que lá atuava de forma multidisciplinar, onde enfatizou-se as ações do enfermeiro e da assistente social através de observações e orientações individuais e em grupo com as puérperas. Observou-se o comportamento e o vínculo mãe bebê tanto das mulheres que realizaram parto vaginal como as que realizaram a cesariana. Percebeu-se um maior público de mães jovens. As orientações realizadas sobre amamentação e cuidados com o bebê são repassadas pela equipe de enfermagem desde o primeiro momento de vida deste novo ser. As mulheres ficam no quarto com a criança em tempo integral (alojamento conjunto) o que fortalece o vínculo, facilita a amamentação e estabelece a oportunidade dos diversos profissionais que atuam no setor a realizar orientações, cuidados e avaliações essenciais para o bom desenvolvimento do bebê. A amamentação é um processo de aprendizagem em que a mulher necessita de orientações e preparação para efetivar adequadamente. Este preparo deve ocorrer desde o pré-natal onde as orientações são de preparação para a amamentação. Posteriormente no momento de amamentar as orientações são relacionadas ao processo de adaptação da mãe com o bebê e esclarecimento das dúvidas que a mulher está vivenciando (MASCARENHAS et al., 2015). Conversado com as puérperas foi possível perceber que as mães que tiveram seus filhos de parto normal estão sempre mais dispostas geralmente caminhando pelo quarto, alimentam-se sozinhas e em condições de atender as demandas de RN com tranquilidade. Já as mães que realizaram parto cesárea demoram mais para se recuperarem, elas permanecem mais tempo deitadas, reclamam de dores e a movimentação é mais difícil, por consequência a amamentação e a relação afetiva se tornam mais demoradas. Desta forma percebe-se que os profissionais devem ter um

<sup>1</sup> 1 Assistente Social graduada pela Universidade Norte do Paraná - UNOPAR

<sup>2</sup> 2 Assistente Social graduada pela Universidade Norte do Paraná – UNOPAR atuando na Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim - FHSTE

<sup>3</sup> 3 Acadêmica do segundo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões– URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem– GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>4</sup> 4 Acadêmicos do segundo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim.

<sup>5</sup> 5 Enfermeira. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho com Ênfase em Estratégia da Saúde da Família pela UNIVALI –SC. Doutoranda em Saúde da Criança pela PUC – RS. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

olhar voltado para as necessidades de cada puérpera em suas individualidades, para que o cuidado seja efetivo. O acolhimento da mãe direcionado para suas vivências bem como para suas dúvidas e inseguranças em relação a amamentação é fundamental no processo de recuperação da mãe, formação de vínculo mãe/bebê e efetivação da amamentação adequada (SIQUEIRA et al., 2015). Sabe-se que a mulher, durante o processo de nascimento, tem direito assegurado por lei a ter um acompanhante de sua escolha para auxiliar e dar apoio no período de internação. Esta conquista vem com a perspectiva da humanização no nascimento e tornando o ambiente o mais próximo possível do familiar e acredita-se que a partir disto a mulher fica mais disposta e tranquila para absorver as informações que são repassadas para ela neste período. Percebe-se durante as atividades que as orientações que são realizadas para as mães durante a internação na maternidade, desta instituição, estão direcionadas a amamentação, direitos das crianças e a relação do afeto que envolve toda a família e contribuem para o bom desenvolvimento e formação do indivíduo. Durante as conversas percebeu-se também que as mães mais jovens é que apresentam maior dificuldade em se relacionar com seus filhos, um dos fatores é a pouca idade, e quase nenhuma experiência em relação à maternidade, muitas delas relatam estarem assustadas, pois suas vidas modificam-se muito rapidamente, os familiares percebendo a pouca experiência assumem o papel de responsável, as avós e pais demonstram uma maior preocupação com os cuidados da mãe e bebê, são mais questionadores e atentos. As puérperas adultas e que tem mais de um filho demonstram uma maior habilidade nos cuidados com seu bebê, são seguras, amamentam com maior tranquilidade e a relação afetiva é desenvolvida naturalmente durante as conversas, são participativas e contribuem relatando suas experiências com as demais internas. Através dos diálogos com as mães e com a equipe multidisciplinar da instituição percebe-se que as queixas mais frequentes das puérperas estão relacionadas ao cansaço, indisposição, ansiedade com os cuidados com o bebê, bem como com a alta hospitalar. Nesta perspectiva salienta-se para as mães e seus familiares que a pesar do cansaço e desconforto de estar longe de casa é avaliado positivamente o esforço de cada uma, pois este é um momento muito importante para a vida do bebê e requer uma atenção maior por parte da mãe e que os familiares devem estar atentos e disponíveis para auxiliar sempre que for necessário. Para uma amamentação eficaz sabe-se que mãe e bebê, principalmente, devem estar em harmonia e a equipe de saúde contribui para amenizar as dúvidas e preocupações. Desta forma o enfermeiro juntamente com sua equipe, que está diretamente em contato com as pacientes identificam as necessidades das mesmas e agem em prol da resolução dos problemas e caso não esteja a seu alcance realizam os devidos encaminhamentos para outros profissionais, entre eles a assistente social quando são necessárias intervenções relacionadas com as questões socioeconômicas da paciente, que possam vir a interferir no processo de amamentação. Conclusão: As ações vivenciadas nesta instituição permitem a visualização e reflexão da importância do trabalho em equipe na assistência a puérpera. Cada profissional tem suas competências definidas que permitem interagir com os demais envolvidos na assistência.

**Palavras-chave:** Período pós-parto. Equipe de Assistência ao Paciente. Humanização da Assistência.

#### REFERÊNCIAS:

- MASCARENHAS, A.C.L. et al. A Percepção das Puérperas Frente à Atuação do Enfermeiro na Promoção do Aleitamento Materno em um Hospital Amigo da Criança do Estado do Pará. **Revista Paraense de Medicina**. v. 29, n. 3, p. 07–12. 2015.
- NETTO, A. et al. Amamentação na Primeira Hora de Vida em uma Instituição com Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Cienc Cuid Saude**. v.15, n.3, p. 515-521. 2016.
- PINHEIRO, P.M. et al. Prevalência de Aleitamento Materno em Mulheres Egressas e um Hospital Amigo da Criança em Quixadá-Ce. **Rev. Rene. Fortaleza**. v. 11, n. 2, p. 94-102. 2010.
- SIQUEIRA, T. R. et al. Amamentação Segundo a Óptica da Mãe Primípara: uma Perspectiva Compreensiva de Promoção e Apoio. **XV Safety, Health and Environment World Congress**. Porto, PORTUGAL. 2015.

**PACIENTE IDOSO CIRÚRGICO: COMPLICAÇÕES NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO**

“Desenvolvimento Humano, Saúde e Educação”.

NASCIMENTO, M.<sup>1</sup>; BROCK, F.<sup>2</sup>; FERRÃO, L.<sup>3</sup>

Introdução: No passado as intervenções cirúrgicas em idosos, deixavam os profissionais com um sentimento de ceticismo. Todavia, nos dias atuais este pessimismo foi deixado de lado. Entretanto, os indivíduos com mais de 60 anos tem um risco cirúrgico maior que dos jovens. À vista disso, devem-se qualificar os riscos e vantagens, se o caso necessitar de uma intervenção (NUNES et al., 2012). A idade cronológica é um fator crucial de risco por si mesma para cirurgia/anestesia, mas de difícil quantificação. Já a idade biológica, que é resultância do envelhecimento senescente ou senil, parece mais fácil quantificar. Em virtude de essa faixa etária populacional ser homogênea, englobam peculiaridades (FREITAS; PY, 2016.). Objetivos: Pesquisar as possíveis complicações que os pacientes idosos podem apresentar no período perioperatório. Metodologia: Discorresse de uma revisão bibliográfica, feitas através de livros e artigos, que trazem como temas: idosos durante intervenções cirúrgicas. Resultados e Discussões: As complicações do período perioperatório são relacionadas a alguns fatores, como idade, comorbidades e classificação da cirurgia: eletiva, urgência ou emergencial. Outra condição a ser levada em consideração é a importância da idade biológica, sendo esta mais importante que a cronológica para passar por um procedimento cirúrgico. Ainda no período pré-operatório, existe a necessidade de outras avaliações, como quantificar os riscos do procedimento através índices, que são capazes de avaliar riscos que podem surgir durante o ato cirúrgico e proporciona medidas para minimizar essas ameaças. As avaliações no pré-operatório tradicionais é pautada na American Society of Anesthesiologists (ASA), história clínica e exame físico. Alguns fatores de riscos seriam a polifarmácia, doenças crônicas, morbidades, nutrição, capacidade física, idade cronológica, entre outras. Em uma avaliação geral, a anamnese é a primeira a ser preenchida, tendo favoritismo de ser realizada com o paciente, caso o mesmo não tenha condições pode ser feita com os seus familiares, com o intuito de coletar dados que auxiliem na estimativa de risco e possivelmente a doença de base que levou o ser a necessitar de uma intervenção cirúrgica. O exame físico deve identificar prováveis cardiopatias, aspectos de riscos, comorbidades, avaliar vias respiratórias (teste de mallampat) e procurar estabiliza-las se possível. Os exames laboratoriais pré-operatórios são de grande importância para assegurar condições satisfatórias do indivíduo. A influência do ato cirúrgico na avaliação de risco deve ser levada em conta, ou seja, o nível de trauma tecidual e perdas sanguíneas, baseando esses critérios na II Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Ainda pode ser solicitado exames complementares para qualificar o estado de saúde do cliente como: hemograma completo, exames bioquímicos (função hepática, renal, transaminases glutâmico-oxalacética e glutamicopirúvica), hemostasia/teste da coagulação, radiografia de tórax, eletrocardiograma, ecocardiograma. Pode-se empregar uma ponderação específica, como na hipertensão arterial, caso esteja descontrolada, deve-se controlar em tempo hábil para submeter ao tratamento, o anti-hipertensivo deve ser consumido até o dia da cirurgia, para evitar hipertensão pós-operatória. Portadores de Diabetes Mellitus devem de preferência, serem operados nos primeiros horários do início do turno de trabalho. É preciso fazer uma investigação sobre o uso de anticoagulante, e se constatado o consumo, é indispensável métodos profiláticos como a suspensão do antiagregante 1 semana a 10 dias antes, nas cirurgias eletivas, para procedimento de pequeno porte a dose é apenas diminuída. A prática do tabagismo precisa ser detectada minuciosamente, pois, as influências no intra operatório são diversas, geradas essencialmente pelo monóxido de carbono (CO), nicotina, estresse oxidativo e inflamatório, sendo seus efeitos: aumento de frequência cardíaca, pressão arterial, necessidade tecidual de oxigenação, suscetibilidade a infecções pulmonares, vasoconstrição e consequentemente aumento de risco para isquemias e episódios de tromboembólicos. O crucial objetivo neste primeiro momento quer disser, período pré-operatório é apontar pontos que possam ser otimizados antes da manipulação cirúrgica

<sup>1</sup>Acadêmico do 6º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai (URI), Erechim - RS. E-mail: marcos.vbn@hotmail.com

<sup>2</sup>Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Erechim - RS. Integrante do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde/ Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem (GESE/URI/CNPQ) - RS. E-mail: felipebrock@uricer.edu.br

<sup>3</sup>Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Erechim - RS. Integrante do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde/ Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem (GESE/URI/CNPQ) - RS. E-mail: luanaferrao@uricer.edu.br

propriamente dita, visando máximos resultados positivos no pós-operatório imediato, mediado ou tardio. Esta averiguação possibilita prever e promover cuidados que vão afetar a conduta do perioperatório, tendo como exemplo influenciadores a doença arterial coronariana, enfisema, insuficiência renal, hipertensão (valores  $\geq 180/110$  mmHg precisam ser adiadas, pois há risco de complicações intra e pós-operatórias), dentre outras, estas afetam mais que a idade cronológica. As complicações no pós-operatório imediato, que são às 72 horas iniciais após a técnica, podem ocorrer distúrbios agudos, gerados pelo estresse da intervenção, que alteram a homeostase do organismo (equilíbrio hidroeletrólítico, pressão arterial, assim por diante), diante deste contexto, qualquer alteração se deve averiguar cuidadosamente. Na chegada da sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou centro de tratamento intensivo (CTI), é indicado investigar se o cliente sente alguma algia ou desconforto, uso de sonda vesical de demora, para começar anotações de controle de débito urinário, seguir protocolos conforme as diretrizes da entidade. Uma maximização do atendimento pode ser feita através da construção de delineamento de cuidados. Algumas complicações que eventualmente surgem neste estágio são a hipoxemia (inadequação de oxigênio tecidual), hipotensão arterial (redução da pré-carga, da contratilidade miocárdica), dor (experiência sensitiva e emocional desagradável ligada a lesão tecidual), disfunção renal e distúrbios hidroeletrólíticos (retenção urinária), problemas cardíacas (isquemias e arritmias), contrariedades pulmonares (sucede acúmulo de secreção e conseqüentemente o broncoespasmo e déficit de expansibilidade pulmonar), disfunção cognitiva (perda de memória e concentração), delirium (disfunção cerebral aguda: déficit de atenção, perda de memória, etc.), tromboembolismo venoso que é dividido em trombose venosa profunda e embolia pulmonar (estase venosa), hemorragias (vazamento de sangue fora dos vasos), contratemplos relacionados a hemotransfusão (sobre carga circulatória associada à transfusão, dentre outras), inconveniências nutricionais (inapetência, náuseas, êmese e outras), infecções (por bactérias, fungos e vírus), o emprego de exames complementares para identificação de eventos adversos é de grande significado (FREITAS et al., 2016; VENDITES et al., 2010; NUNES et al., 2012). Conclusões: Nota-se a grande diversidade de fatores a serem levados em conta quando falamos de uma pessoa com mais de 60 anos que precisa submeter-se a uma operação cirúrgica. Os estudos de caso na etapa pré-operatória vão servir para a equipe de saúde adotar condutas que visem minimizar ou eliminar possíveis agravos de saúde durante os tempos intra e pós-cirúrgico, sendo que os contratemplos têm maior incidência no pós-operatório, por conta disso, é indispensável a utilização de instrumentos que auxiliem na identificação de potenciais complicadores, como anamnese, exame físico, exames complementares, escalas de riscos e outras coisas mais. Para alcançar a reabilitação dos sujeitos, almejando não ocorrer complicações e que está seja mais rápida possível, é vital o planejamento e implementação de cuidados quando este se encontrar na SRPA, na clínica cirúrgica ou no seu domicílio, e que essa estratégia seja pensada de forma multiprofissional e aplica interdisciplinarmente, respeitando ao máximo as crenças do paciente ou se existir e for necessário, seguir seu testamento vital.

**Palavras-chave:** enfermagem, idoso, perioperatório.

#### REFERÊNCIAS:

- FREITAS, Elizabete de; PY, Ligia (eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 4ª edição. Guanabara Koogan, 05/2016.
- NUNES, Maria Inês, SANTOS, Mariza dos, FERRETI, Renata Eloah Lucena. *Enfermagem em Geriatria e Gerontologia*. Guanabara Koogan, 06/2012, p.180.
- VENDITES, Soraya; ALMADA-FILHO, Clineo de Melo; MINOSSI, José Guilherme. *Aspectos Gerais da Avaliação Pré-Operatória do Paciente Idoso Cirúrgico*. São Paulo, SP, Brasil, 2010.

## PNEUMONIA COMUNITÁRIA: UM ESTUDO DE CASO

TRINDADE, C.<sup>1</sup>; REMPEL, S. C. C.<sup>1</sup>; TORRES, M. O.<sup>1</sup>; FAGUNDES, S. K.;  
 DENTI, I. A.<sup>2</sup>

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde  
 Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** Segundo Matoso e Castro (2013), a pneumonia é uma doença respiratória do trato inferior, de caráter agudo e multifatorial, que pode ser causada por agentes patológicos distintos. Também pode se diferir em pneumonia hospitalar, aquela que ocorre dentro do ambiente do hospital até 48 horas após internação e pneumonia adquirida na comunidade. Seus sinais e sintomas devem ser avaliados através do exame e de imagem. A equipe de enfermagem desempenha papel primordial na assistência ao paciente em ambiente hospitalar, e também abrange a educação em saúde com orientações e medidas preventivas. Sendo assim, o estudo de caso abrange aspectos da fisiopatologia da pneumonia, diagnóstico, tratamento e prevenção. Nessa perspectiva, é analisado um caso clínico, desenvolvendo o processo de enfermagem com a sistematização da assistência de enfermagem. **OBJETIVOS:** O geral foi descrever o caso clínico de um paciente com pneumonia; e os específicos: identificar sinais e sintomas, assim como, necessidades humanas básicas; aplicar conhecimentos teóricos em situações práticas; analisar exames complementares e efetivar a correlação clínica e planejar a SAE. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso, de cunho qualitativo exploratório de um paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado do norte do Rio Grande do Sul, desenvolvido no 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, no período de 25 de agosto à 05 de setembro. Os dados foram coletados através de exame físico, consulta de enfermagem, consulta ao prontuário e exames complementares. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Histórico de Enfermagem: G. A. A. 61 anos de idade, precedente da cidade de Erechim, casado, dois filhos, funcionário público. Paciente com histórico de uso de tabaco por 30 anos sendo que há 15 anos abandonou o vício, portador de diabetes mellitus tipo 1. Paciente relatou manter bons hábitos alimentares, assim como, praticar atividade física. Apresenta histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica. Cerca de um mês atrás relata que começou a ter sintomas de um leve resfriado, o qual piorou para uma forte gripe, relatou se automedicar por vários dias, até apresentar sintomas mais severos como falta de ar, fraqueza, perda de peso e de apetite. Procurou atendimento hospitalar dia 10 de julho no pronto socorro onde foi internado na UTI adulto. Exame Físico: paciente em bom estado geral, lúcido, orientado em tempo e espaço, comunicativo e colaborativo. Cabeça e pescoço: crânio normocéfalo, couro cabeludo íntegro, sem ausência de retrações, cicatrizes e abaulamentos. Cabelos limpos, sem infestações parasitárias. Face simétrica com estruturas anatômicas normais, sem lesões na pele. Corado, hidratado com pupilas isocóricas. Cavidade oral sem lesão, dentes em bom estado de conservação com boa higiene. Pescoço com aumento de volume em sua base, com presença de crepitação na face esquerda durante à palpação percebe-se pequenas bolhas de ar sob a pele, compatível com enfisema subcutâneo. Sistema neurológico: lúcido e orientado, ausência de déficits cognitivos. Sensibilidade térmica, dolorosa e tátil presentes. Tórax simétrico com presença de murmúrios vesiculares no pulmão esquerdo, pulmão direito com dreno de tórax aberto em selo d'água drenando secreção serosa, com redução dos murmúrios vesiculares na ausculta pulmonar. Nos membros superiores apresenta edema moderado em ambos os braços, com crepitações no braço direito, compatível com enfisema subcutâneo. Exames Laboratoriais como hemograma alterados. Exames de Imagem: raio X de tórax com presença de volumoso derrame pleural à direita. Medicamentos em Uso: metoclopramina, dipirona sódica, clindamicina, clonazepam, ramipril e clexane. Análise do caso: paciente apresenta-se internado na UTI adulto, por quadro clínico de pneumonia. Complicações adjacentes da pneumonia foram: pneumotórax com subsequente enfisema subcutâneo e derrame pleural. No primeiro pneumotórax causado por uma ruptura da pleura visceral consecutiva a processo inflamatório. Posteriormente, pela pressão positiva existente na

<sup>1</sup> Acadêmicas do 8º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim, integrantes do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Etnia; Educação; Saúde e Trabalho do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde (NECSS) do curso de Graduação em Enfermagem da URI Câmpus Erechim. <sup>2</sup> Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pela UFSC. Doutor em Ciências da Saúde pela UNESC. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da URI - Câmpus de Erechim.

cavidade pleural, este ar infiltra-se nos tecidos adjacentes e é percebido à palpação como crepitações nas regiões onde o ar se acumula, evidenciados no braço direito e parte do pescoço. O derrame pleural que é o acúmulo de líquido na cavidade pleural foi ocasionado pela infecção (sem identificação de agente patológico). Estes achados são visualizados na radiografia de tórax. Paciente faz uso de dreno de tórax em pulmão direito em consequência do derrame pleural, drenando secreção serosa. Paciente em antibioticoterapia, em função da infecção. Apresenta-se anêmico em função do baixo número de hemácias, isto em decorrência do processo infeccioso, como também pelo tempo em que permaneceu sem acompanhamento e tratamento médico, em consonância a hemoglobina (valor: 11,10 g/dL) também apresenta-se abaixo do normal. A creatinina (valor: 1,57 mg/dl) elevada pode indicar comprometimento renal, em função da medicação e do processo infeccioso. Demais exames interpretados, mostram-se com valores dentro da normalidade. Paciente encontrava-se calmo, lúcido, orientado em tempo e espaço, comunicativo. Saturando acima de 90% em ar ambiente. Aceitando bem a dieta oferecida. Acesso venoso periférico em MSE recebendo soroterapia, mantém dreno de tórax aberto em selo d'água com pouca drenagem serosa. Eliminações vesicais presentes em sonda vesical de demora com médio débito urinário, eliminações intestinais ausentes até o momento, higienizado, alterna-se de decúbito. Acompanhado pela cuidadora. Diagnósticos de Enfermagem: Mobilidade física prejudicada causado por dreno de tórax, evidenciado por incapacidade em se mover sozinho. Risco de infecção causado por integridade da pele prejudicada, evidenciado por dreno de tórax. Integridade tissular prejudicada causada por restrição ao leito, evidenciado por dificuldade em deambular sozinho. Troca de gases prejudicada causada pelo derrame pleural, evidenciado por dreno de tórax (JHONSON, 2013). Intervenção/Plano de cuidados: Treino para fortalecimento da musculatura com fisioterapia uma vez ao dia. Controle do ambiente visando a segurança (quedas), manter ambiente limpo, seco e higienizado rotineiramente; exigir acompanhante 24 horas em casos onde o paciente não consiga deambular sozinho. Cuidados com a pele: manter higienizada e hidratada 1 vez ao dia, manter dreno com curativo seco e limpo (troca se necessário). Cuidado com úlceras de pressão: alternar paciente de decúbito a cada 2 horas, na movimentação cuidar para não lesionar a pele, manter paciente limpo, seco e com hidratação na pele. Monitorização da saturação de O<sub>2</sub>: verificar saturação a cada 2 horas, avaliar necessidade de O<sub>2</sub> todas as vezes que verificar saturação. Considerações Finais: A realização deste estudo de caso possibilitou aprofundar o conhecimento técnico/científico em relação a uma patologia que possui características multifatoriais, e que demanda de cuidados detalhados. Entender a fisiopatologia da pneumonia foi essencial para se relacionar os sinais e sintomas evidenciados através do exame físico e histórico do paciente. O papel do enfermeiro e da equipe de enfermagem é de suma importância para o estabelecimento de vínculo e desencadeamento de uma terapêutica eficaz. A escuta qualificada, assim como, a aplicação da SAE beneficia a relação enfermeiro/paciente, e faz com que a correlação da patologia e sinais subjetivos sejam identificados com mais acurácia.

**Palavras-chave:** Pneumonia; Processo de Enfermagem; Equipe de Enfermagem; Assistência.

#### REFERÊNCIAS:

- JOHNSON, M. et al. **NANDA- NOC- NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade**. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- MATOSO, L. M. L. CASTRO, A. **INDISSOCIABILIDADE CLÍNICA E EPIDEMIOLOGICA DA PNEUMONIA**. *Revista Científica da Escola da Saúde*. Natal: 2013.

## PREVALÊNCIA DE ASMA EM ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE VIADUTOS – RS<sup>1</sup>

TEZÓRI, Maira A.<sup>2</sup>; FANTINI, Anael.<sup>3</sup>; MORO, Luiza.<sup>4</sup>; DENTI, Irany.<sup>5</sup>; RONCADA, Cristian<sup>6</sup>;  
MANFREDINI, Cibele.<sup>7</sup>;

**Introdução:** A asma acomete cerca de 300 milhões de indivíduos em todo o mundo e frequentemente está associada à rinite conforme descrito no estudo International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). O Brasil ocupa a oitava posição mundial em prevalência de asma, com estimativas para crianças e adolescentes entre 10% a 20% variando conforme a região e faixa etária em diversas cidades estudadas. A elevada frequência de asma em crianças sugere aumento da prevalência geral da asma nos próximos anos (BRASIL, 2010). A asma é uma doença com múltiplos fatores determinantes, geralmente caracterizada por inflamação crônica das vias respiratórias. Apresenta sintomas respiratórios variáveis como chiado, falta de ar, aperto no peito e tosse, juntamente com limitação do fluxo aéreo expiratório, que variam ao longo do tempo e em intensidade (GINA, 2015). Ainda segundo o autor citado, os sintomas da asma podem ser desencadeados pela interação de fatores genéticos e ambientais como exercícios físicos, exposição a agentes alergênicos, mudanças de temperatura e infecções respiratórias virais. Todas as formas de tratamento da asma consistem em controlar os sintomas, prevenir a limitação crônica do fluxo aéreo, permitir que a criança ou adolescente possa praticar atividades normais à sua faixa etária, manter a melhor função pulmonar possível, evitar as crises, idas a serviços de emergências e hospitalizações, reduzir a necessidade do uso de bronco dilatador, minimizar efeitos adversos dos medicamentos, melhorar a qualidade de vida e reduzir o risco de morte (BRASIL, 2010). É importante enfatizar que os pacientes asmáticos que não realizam o tratamento corretamente, sofrem com as repetidas crises, o que pode causar dificuldade em manter uma vida normal (TARANTINO, 2013). **Objetivo:** este estudo teve por objetivo geral identificar a prevalência de asma nas crianças e adolescentes das escolas do município de Viadutos-RS. E os objetivos específicos foram: verificar o nível de qualidade de vida e traçar um perfil socioeconômico dos escolares. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem quantitativa, realizado no período de agosto à novembro de 2016 com um total de 500 alunos entre a faixa etária de 7 e 17 anos de idade em escolas Municipal e Estadual do município de Viadutos – RS, após a aprovação do Comitê de Ética. O município estudado localiza-se na região norte do Rio Grande do Sul. Possui 5.000 habitantes. Como sistema de saúde, prevalece o Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados para identificar o asmático e realizar a caracterização geral da amostra foram coletados através do Questionário de sintomatologia e de classificação econômica composto de 11 questões, baseado no *International Study on Asthma and Allergies in Children (ISAAC)* padronizado e validade no Brasil por Solé e colaboradores (SOLÉ, 2005) e do questionário de classificação econômica (ABEP, 2014), respondidos pelos pais ou responsáveis legais das crianças e adolescentes. Sendo que para definição do grupo de alunos considerados com asma utilizamos as repostas afirmativas da pergunta “Nos

<sup>1</sup> Parte integrante de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim.

<sup>2</sup> Enfermeira graduada no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim.

<sup>3</sup> Acadêmica do quarto semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde. Bolsista PIIC/URI.

<sup>4</sup> Acadêmica do segundo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>5</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela UFSC – SC. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>6</sup> Educador Físico. Mestre e Doutor em Saúde da Criança pela PUC-RS. Pós-doutorando em Saúde da Criança pela PUC-RS. Professor do Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG).

<sup>7</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho com Ênfase em Estratégia da Saúde da Família pela UNIVALI –SC. Doutoranda em Saúde da Criança pela PUC – RS. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

últimos 12 meses seu filho (a) teve chiado no peito”. Sobre a qualidade de vida relacionada à saúde utilizamos o questionário denominado KINDL Genérico (GASPAR, 2008), respondido pelos escolares. Resultados: Ao todo foram distribuídos 500 envelopes com os questionários e termos, destes obtivemos retorno de apenas 161 devidamente preenchidos e assinados pelos pais e alunos, dessa forma participaram da pesquisa 161 crianças e adolescentes escolares entre 7 e 17 anos de idade, regularmente matriculados no ensino fundamental e médio, sendo 56% do sexo feminino. A prevalência de asma encontrada foi de 12%, com predominância no sexo masculino (14%), no sexo feminino de 10%. Este percentual foi inferior quando comparado aos resultados encontrados nos estudos de Oliveira et al. (2011) em Palhoça SC (20,3%), Fenner et al. (2009) realizado no município de Santo Ângelo RS (24,7%), Cassol et al. (2005) do município de Santa Maria RS (16,7%) e Maia et al. (2004) realizado em Montes Claros MG (15,8%). Mas mantendo-se dentro da média mundial. Com relação à classificação socioeconômica das famílias dos escolares asmáticos houve predomínio da classe B2 (63,10%) cuja renda média corresponde a R\$ 3.118 reais mensais. Em relação a qualidade de vida baseados na escala de Likert foi identificado uma significativa diminuição dos níveis da qualidade de vida dos escolares asmáticos (65,41 pontos) quando comparado aos escolares saudáveis (67,70 pontos). No estudo de Roncada (2012), realizado na cidade de Porto Alegre foi encontrado o escore total de 72,91 pontos para o grupo de escolares asmáticos e 75,10 para não asmáticos. Para o domínio bem-estar físico, os escolares asmáticos apresentaram uma média de 69,08 pontos, já os escolares não asmáticos apresentam escore mais elevado 70,42 pontos. Comparando com os estudos de Roncada (2012), realizado na cidade de Porto Alegre - RS que obteve para o mesmo domínio pontuação de 67,75 pontos entre os asmáticos e 74,00 pontos entre os escolares não asmáticos pode-se observar uma elevação nos escores dos escolares asmáticos e uma diminuição dos escores para não asmáticos. Para o mesmo autor no domínio bem-estar emocional ele obteve pontuação de 72,45 pontos para asmáticos e 83,20 para não asmáticos. Na presente pesquisa encontramos valores inferiores, 67,11 para escolares asmáticos e 74,96 para não asmáticos. O domínio autoestima obteve escores de 56,91 entre os escolares que apresentam asma e 52,46 entre os não asmáticos, observa-se uma diminuição da pontuação comparado ao autor relatado anteriormente que obteve pontuação de 71,04 pontos para asmáticos e 56,30 para não asmáticos, nota-se que para este domínio a qualidade de vida dos escolares não asmáticos diferente dos demais domínios descritos, é inferior a qualidade de vida dos asmáticos. Comparando o domínio família obtivemos pontuação média de 66,45 para asmáticos e 75,70 para não asmáticos, escores inferiores quando comparados à pesquisa realizada na cidade de Porto Alegre citada anteriormente que obteve pontuação de 76,85 pontos para asmáticos e 84,60 para não asmáticos. Ainda conforme o autor citado para o domínio amigos obteve escore de 77,16 pontos para asmáticos e 80,90 para não asmáticos, em nossa pesquisa foi encontrado escores inferiores, 71,38 para escolares que apresentam asma e 72,58 para não asmáticos. Por fim para o domínio escola obtivemos pontuação de 61,51 para asmáticos e 60,08 para escolares não asmáticos sendo ainda na pesquisa de Roncada (2012), obteve escore de 72,22 pontos para asmáticos e 71,80 para não asmáticos, podemos perceber que neste domínio assim como no domínio autoestima há um aumento nos níveis de qualidade de vida dos escolares asmáticos com relação aos não asmáticos. Conclusões: concluímos que a prevalência da asma para o município de Viadutos-RS mostrou-se dentro do percentual médio mundial preconizado pelo Ministério da Saúde, porém inferior aos demais estudos analisados. Podemos analisar que os escolares com asma apresentam uma menor pontuação na maioria dos domínios em relação às crianças saudáveis, isto é, os escolares asmáticos apresentam uma menor qualidade de vida quando comparados aos escolares não asmáticos. Podemos inferir que esta situação ocorra em função dos escolares estarem tendo fácil acesso aos serviços de saúde, bem como as equipes da atenção básica estarem efetivamente acompanhando este público.

**Palavras-chave:** Doenças Respiratórias. Qualidade de Vida. Asma.

#### **REFERÊNCIAS:**

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2014. Disponível em: <[www.abep.org](http://www.abep.org)>. Acesso em: 10 de out. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica 25. **Doenças Respiratórias Crônicas**, Brasília, 2010.
- BORBA R.I.H.; Sarti C.A. A Asma Infantil e o Mundo Social e Familiar da Criança. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**. São Paulo, v.28 n.5 p.249-254, 2005.

- CASSOL V.E. et al. Prevalência de asma em adolescentes urbanos de Santa Maria (RS). Projeto ISAAC – International Study of Asthma and Allergies in Childhood. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.31 n.3 p.191-196, 2005.
- GINA - Global Initiative For Asthma. **Global Strategy for Asthma Management and Prevention**. 2015.
- GASPAR T.; MATOS M.G.(coord). Qualidade de vida em crianças e adolescentes: versão portuguesa dos Instrumentos KIDSCREEN-52. **Aventura Social e Saúde**. Cruz Quebrada. 2008.
- MAIA J.G.S. et al. Prevalência de asma e sintomas asmáticos em escolares de 13 e 14 anos de idade. **Revista Saúde Pública**. Minas Gerais, v.38 n.2 p.292-299, 2004.
- RONCADA C. **Qualidade de vida relacionada à saúde de crianças escolares com diagnóstico de asma em Porto Alegre – Brasil**. 2012. 99 f Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Pediatria e Saúde da Criança, PUCRS, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <  
<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/4622/1/000438067-Texto%2bCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 20 de nov. 2016.
- SOLÉ D. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): what have we learned? **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.31n.2 p.93-94, 2005
- OLIVEIRA S.M. et al. Prevalência de asma e rinite em adolescentes escolares do município de Palhoça-SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Santa Catarina, v.40 n.2 p.78-83, 2011.
- FENNER A.P. et al. Prevalência de asma e rinite alérgica em escolares no município de Santo Ângelo/RS. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.53 n.2 p.122-127, 2009.
- TARANTINO A.B. **Doenças Pulmonares**. 6 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2013.

## PREVALÊNCIA E IMPACTO DA ASMA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DA ZONA URBANA DE ERECHIM – RS: UM PROJETO EM ANDAMENTO<sup>1</sup>

FANTINI, Anael <sup>2</sup>; MORO, Luiza C. <sup>3</sup>; MORAIS, Larissa de <sup>4</sup>; MANFREDINI, Cibele S. <sup>5</sup>

**Introdução:** Múltiplos fatores que envolvem questões genéticas e ambientais podem ser considerados como responsáveis pelo surgimento de uma doença inflamatória crônica como a asma. Esta se apresenta como uma hiperresponsividade das vias aéreas com limitação do fluxo aéreo que pode ser reversível de maneira espontânea ou com a utilização de medicamentos específicos. A asma está frequentemente associada a rinite e mundialmente acomete aproximadamente 300 milhões de indivíduos. Sendo que o Brasil ocupa o oitavo lugar onde a prevalência de asma é de 10 a 20% variando de acordo com a região e a idade das crianças e adolescentes (BRASIL, 2010). O diagnóstico da asma caracteriza-se pela história de variação em relação à intensidade, tempo e duração dos sintomas respiratórios incluindo sibilância, tosse e dor no peito (GINA, 2015). A prevalência da asma sofre variações quando avaliada em países geograficamente e economicamente diferentes estando descrita no International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Este demonstrou que as crianças apresentaram uma prevalência de >20% de asma principalmente em países da América Latina e em países de língua Inglesa (LAI et al., 2009). O questionário mediante o exposto busca identificar o perfil e prevalência da asma infantil. **Objetivo:** apresentar o Projeto de Pesquisa do Programa PIIC/Uri - Prevalência e impacto da asma em crianças e adolescentes da zona urbana de Erechim – RS. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência das discussões realizadas sobre os pontos chaves do projeto. Foi desenvolvido durante os meses de agosto e setembro de 2017. **Resultados:** O presente projeto tem por objetivo geral: investigar a prevalência e o impacto da asma em crianças e adolescentes da zona urbana de Erechim - RS. Como objetivos específicos tem: verificar a prevalência de asma entre as crianças e adolescentes; verificar o nível de qualidade de vida dos escolares; verificar o estado nutricional dos estudantes; verificar o controle da doença nos escolares com asma; verificar o impacto que a asma ocasiona nos escolares com a doença e em seus responsáveis. Participarão do projeto Crianças regularmente matriculadas no Ensino Fundamental e Médio das redes Municipal e Estadual de Ensino de Erechim - RS. A duração do estudo será de dois anos, com início em agosto de 2017 e término em julho de 2019. Serão excluídas do projeto Crianças com limitações cognitivas, motoras ou com outras doenças crônicas que possam comprometer a avaliação da asma, assim como a qualidade de vida desses jovens. Por sua vez para serem aptas a participarem da pesquisa as crianças e adolescentes deverão assinar o termo de assentimento e seu responsável legal deverá assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto será dividido em duas fases principais: FASE I – Estudo da prevalência da asma e caracterização econômica da população: Questionário escrito padrão (QE) - ISAAC (*International Study on Asthma and Allergies in Children*): Módulo 1 composto de 4 questões e o questionário de Critério Brasil de Classificação Econômica (ABEP, 2012). Estes dois questionários serão entregues as crianças (nas escolas) visando que as perguntas sejam respondidas pelos pais ou responsáveis legais em casa. FASE II - Questionários sobre qualidade de vida e controle da doença serão realizados nas escolas: Questionário KINDL (genérico): questionário genérico

<sup>1</sup> Projeto de Pesquisa referente ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica 2017 – PIIC/URI conforme EDITAL/PROPEPG Nº 03 de 06 de fevereiro de 2017

<sup>2</sup> Acadêmica do quarto semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem– GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde. Bolsista do projeto de pesquisa no PIIC/URI.

<sup>3</sup> Acadêmica do segundo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem– GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde. Colaboradora da pesquisa.

<sup>4</sup> Acadêmica do segundo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões– URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem– GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde. Colaboradora da pesquisa.

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho com Ênfase em Estratégia da Saúde da Família pela UNIVALI –SC. Doutoranda em Saúde da Criança pela PUC – RS. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde. Orientadora do projeto de pesquisa no PIIC/URI.

sobre qualidade de vida relacionada à saúde; Questionário KINDL (específico): será respondido apenas pelas crianças/adolescentes com diagnóstico de asma, pois este refere-se qualidade de vida relacionada à asma. Questionário ACT (teste de controle da asma): respondido apenas pelas crianças/adolescentes com diagnóstico de asma; Medidas Antropométricas: avaliação antropométrica será realizada por meio da mensuração do peso e da altura para todas as crianças que responderem o primeiro questionário. O peso será obtido com os indivíduos em posição ortostática, com o mínimo de roupa, sem calçados e por uma balança digital com precisão de 100 gramas. A altura será obtida com os participantes descalços, com a coluna ereta e corpo posicionado no plano de Frankfurt, através de um estadiômetro portátil. A classificação do estado nutricional dos participantes será realizada pelo percentil do IMC para idade. Para realizar a coleta de dados será agendado com as escolas um dia e horário que seja adequado para as partes. Na Fase I do projeto os questionários serão entregues aos participantes que serão orientados a solicitarem aos responsáveis legais que preencham juntamente com o termo de consentimento de participação da pesquisa. Será estipulado um prazo para que os questionários sejam recolhidos. Caso o retorno seja demorado ou não ocorra será realizada duas tentativas individuais com os faltosos. Se mesmo assim não retornar será considerado fora do estudo. A Fase II será realizada em dois tempos: o primeiro será utilizado o Questionário KINDL (genérico) onde os alunos serão recrutados em uma sala onde um grupo dos pesquisadores farão as perguntas e anotarão as respostas e outro grupo estará realizando a avaliação antropométrica. O segundo tempo será realizado somente com os participantes que tenham sido diagnosticados com asma no momento anterior. Estes, por sua vez, irão responder o Questionário KINDL (específico) e o Questionário ACT (teste de controle da asma) na própria escola. Para os alunos menores de 12 anos poderá ser necessário o auxílio da professora ou do responsável legal para responder os questionários, o que será avaliado no momento do agendamento do encontro. Por fim, depois de realizada a coleta de todos os dados e os mesmos serem trabalhados em planilhas do Excel, serão gerados dados que demonstrarão a prevalência e o impacto da asma em crianças e adolescentes do município de Erechim-RS, por meio dos quais serão adquiridos conhecimentos sobre sua influencia na qualidade de vida dos escolares, trazendo benefícios para a prevenção e cuidados para saúde respiratória dos escolares. Como primeira etapa do projeto já foi adquirido a lista das escolas estaduais e municipais e nome dos diretores, na Secretaria Estadual e Municipal de Educação. O município de Erechim está composto por 21 escolas estaduais de ensino médio e fundamental e 6 escolas municipais de ensino fundamental na área urbana, totalizando 27 escolas para a realização do estudo. Em função do elevado número de escolares e seguindo os critérios estatísticos do projeto selecionamos quatro escolas estaduais e quatro municipais para realização da pesquisa. Nas escolas estaduais já foi realizado o primeiro contato com a solicitação de autorização da pesquisa e levantamento do número de alunos na faixa etária de 7 a 17 anos, que totalizou 2.886 escolares. Nas escolas municipais já estamos com a autorização da secretaria municipal e com a relação de alunos de forma genérica que é de 1.985. Sendo que nestas estaremos fazendo contato direto com a direção da escola, pois essa também deve autorizar, e identificando o número exato de alunos com os critérios de seleção para o estudo. Nesta primeira seleção estamos com uma estimativa de um total de 4.871 participantes, sendo que se visualiza uma perda de 20% destes ficando para participarem efetivamente um total de 3.897 escolares. Considerações finais: conclui-se que por meio da aplicação do projeto será possível avaliar especificamente a prevalência da asma, sua distribuição e gravidade, bem como a qualidade de vida dos portadores dessa doença.

**Palavras-chave:** Doenças Respiratórias; Saúde Escolar; Epidemiologia.

#### REFERENCIAS:

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2012 [www.abep.org](http://www.abep.org)  
 BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas.** Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica. v. 25. A. S, editor 2010.  
 GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2015. Available from: [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org).  
 LAI C. et al. Global variation in the prevalence and severity of asthma symptoms: phase three of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). **Thorax.** 2009.

## **PREVENÇÃO DO ENGASGAMENTO EM CRIANÇAS: RELATO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL (PIP) COM BASE NA TEORIA DO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL NA ENFERMAGEM**

FILIPIAK, N.I.<sup>1</sup>; MEDEIROS, R. M.<sup>2</sup>

Área Temática: Saúde Humana

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.  
Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** De acordo com Baracat (2014), um corpo estranho (CE) pode ser caracterizado como um objeto ou substância que indevidamente entra no corpo ou em cavidades. As formas mais comuns de entrada são pelas narinas e ouvido ou outras cavidades das crianças, oferecendo grande risco quando for aspirado para os pulmões. Qualquer objeto pode ser considerado um CE quando em contato com o sistema respiratório e o maior indício de que o incidente ocorreu é a situação de engasgo. Os casos ocorrem normalmente quando a criança está se alimentando ou quando leva objetos para a boca, principalmente brinquedos pequenos. Um episódio de engasgamento por CE é uma situação de extrema urgência que exige interferência imediata de alguém capaz de fazê-la, visto que uma interferência incorreta é relativamente perigosa e apresenta grande risco de levar a criança à óbito (ABDER-RAHMAN, 2009). Pensando assim, elaborou-se um Projeto de Intervenção Profissional, pois, entende-se ser de suma importância os pais receberem orientações e informações que contribuam para evitar acidentes ou agirem em caso de asfixia nas crianças. **OBJETIVOS:** O geral será identificar em um setor de Pronto Socorro de uma instituição hospitalar pública pais de crianças de 0 a 3 anos que possam apresentar engasgamento por presença de corpo estranho na cavidade oronasal. E os objetivos específicos serão: levantar as causas e fatores de risco do engasgamento; identificar o nível de conhecimento dos pais em condutas de primeiros socorros e orientar o que os pais podem fazer como atendimento de primeiros socorros em situação de asfixia por corpo estranho. **METODOLOGIA:** Trata-se de um Projeto de Intervenção Profissional (PIP) de natureza qualitativa, descritiva, desenvolvido no 8º semestre do Curso de Graduação de Enfermagem. Utilizou-se como embasamento a Teoria do Relacionamento Interpessoal na Enfermagem de Hildegard Elizabeth Peplau. O PIP será aplicado com pais de crianças de 0 a 3 anos que possam apresentar engasgamento por presença de CE na cavidade oronasal e que estejam no setor de Pronto Socorro da Fundação Hospitalar Santa Terezinha do município de Erechim/RS. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Segundo Braga e Silva (2011), a Teoria do Relacionamento Interpessoal de Peplau fundamenta-se em um olhar ampliado para o cuidado a partir de um conhecimento pertencente à enfermagem, englobando dessa forma o paciente, o enfermeiro e as situações que ocorrem durante o período do cuidado. A partir disso, a teórica objetiva “profissionalizar” a interação com o paciente, potencializando o cuidado e ajudando o indivíduo nas suas necessidades, influenciando positivamente seu processo terapêutico. George (2000) destaca as quatro fases da Teoria de Peplau: orientação, identificação, exploração e resolução, as quais serão descritas a seguir. Aplicando ao projeto em questão (PIP), utiliza-se a colaboração dos pais e suas queixas para que suas necessidades sejam identificadas, uma observação direta do conhecimento dos pais sobre a problemática proposta, a comunicação efetiva e o registro dos instrumentos para as práticas de enfermagem. Na orientação, primeira fase, os pais e a acadêmica de enfermagem encontram-se como estranhos, mas é neste momento que inicia-se a interação e a criação de vínculo, através da comunicação e auxílio da acadêmica para ajudar os pais a compreenderem a situação. Essa orientação se dará pela troca de informações, pela capacidade de dar e receber ajuda e é influenciada pela singularidade de cada um, suas crenças, culturas e experiências. Quanto às ações, ocorrerá a apresentação da acadêmica aos pais, o estabelecimento de vínculo com os mesmos para conhecer sua realidade e seus conhecimentos sobre as condutas na asfixia e a orientação aos mesmos sobre os fatores de risco e as causas do engasgamento. Na fase de identificação, a acadêmica e os

<sup>1</sup>Acadêmica do 8º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim.

<sup>2</sup>Orientadora do projeto. Titular da Disciplina. Coordenadora e Docente do curso de Graduação em Enfermagem da URI Câmpus de Erechim. Doutora em Educação (UNISINOS), Mestre em Educação (UFRGS), Coordenadora do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Etnia; Educação; Saúde e Trabalho e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde (NESCSS) do curso de Graduação em Enfermagem da URI Câmpus Erechim.

pais concordam que existe necessidade de criar um relacionamento a fim de esclarecer as percepções e expectativas de ambos. As ações nessa fase são identificar o grau de conhecimento dos pais de crianças sobre asfixia ou engasgamento e, a partir do conhecimento verificado, oferecer auxílio, sanar suas dúvidas e prestar orientações aos pais. Na terceira fase, exploração, os pais vão extrair tudo o que for possível da acadêmica e do serviço de saúde, conforme seu interesse e suas necessidades. Sendo assim, é possível afirmar que o vínculo será criado e para mantê-lo será necessário que a acadêmica transmita postura de confiança e preocupação com a situação. As ações nessa fase incluem contribuir com os pais para um maior conhecimento das manobras nos primeiros socorros à criança engasgada, prestar orientações quanto à patologia e tratamento, apoiar esta nova fase pela qual passam e verificar o aprendizado obtido pelos pais após as orientações. Na quarta e última fase, resolução, as necessidades e dúvidas dos pais serão cessadas pelo esforço da acadêmica associado ao deles. Nesse momento faz-se necessário romper o vínculo terapêutico existente e as ações incluem elaborar orientações de enfermagem escritas para entregar aos pais contendo informações de como proceder em casos de engasgamento ou asfixia por corpo estranho e avaliar a satisfação dos pais quanto à importância dessa intervenção no cuidado com as crianças. George (2000) ainda descreve que a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Elizabeth Peplau é embasada em metaparadigmas. São eles: ser humano, saúde, sociedade/ambiente e enfermagem. Transpondo os metaparadigmas ao PIP o ser humano são os pais que fazem o que podem ou sabem em uma situação em que a criança asfixia por corpo estranho. Muitas vezes não dispõem de conhecimento para agir, mas criam estratégias a partir da necessidade. Já a saúde é descrita como uma atividade frente à personalidade e demandas humanas no caminho da vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária. A partir disso, entende-se que quando os pais se veem em uma situação de perigo ou tensão focam todas as suas forças para tentar recuperar a saúde e o bem-estar da criança, colocando sua saúde à frente de qualquer outra necessidade particular. Quanto à sociedade/ambiente, é fundamental que a acadêmica no momento da sua intervenção leve em consideração os aspectos culturais e tradicionais dos pais no que tange o cuidado com seus filhos, pois cada família trabalha de modo diferente na educação e crescimento dos filhos e isso não pode ser negligenciado no momento da criação de vínculo e prestação de informações. Por fim, no que tange à enfermagem, a mesma permeia todas as fases da teoria e das práticas realizadas, uma vez que quando ocorre a criação de vínculo, a conversa olho no olho, as orientações de enfermagem e o apoio, pratica-se uma assistência para identificar e oferecer auxílio aos pais a fim de promover um melhor cuidado às crianças. A partir da perspectiva da aplicação do PIP espera-se que os resultados aproximem-se ou identifiquem-se plenamente com a Teoria de Peplau. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir da aplicação do PIP, espera-se que os pais tenham aporte informacional para agir em caso de asfixia na criança, diminuindo a incidência destes acidentes nas crianças de 0 a 3 anos, além de proporcionar técnicas e conhecimento para os pais agirem em situações de engasgamento e, dessa forma, promover um cuidado que garanta uma melhor segurança para a vida das crianças.

**Palavras-chave:** Crianças; Engasgo; Relacionamento Interpessoal; Enfermagem.

#### **REFERÊNCIAS:**

- ABDER-RAHMAN, H.A. Engasgamento em bebês após busca às cegas com os dedos. **J. Pediatr.** Porto Alegre, v. 85, n. 3, p. 273-75, jun. 2009.
- BARACAT, E.C.E. Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, 2014.
- GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem:** os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- SILVA, J.V.; BRAGA, C.G. **Teorias de Enfermagem.** São Paulo: Iátria, 2011.

## RELATO DA APLICAÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL À LUZ DA TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE ENFERMAGEM

BANDURKA, J.<sup>1</sup>; MEDEIROS, R. M<sup>2</sup>

Grupo de pesquisa: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde  
Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

**INTRODUÇÃO:** De acordo com Silva e Braga (2011) a teoria de enfermagem de Hildegard Peplau é considerada uma das maiores produtoras de mudanças na prática, particularmente na Enfermagem Psiquiátrica, visto que a partir da publicação desta o processo interpessoal passou a integrar de forma consciente e efetiva o ensino e a prática de Enfermagem a fim de encontrar novos modos de se relacionar. Na visão de Formozo et al. (2012) a teoria em pauta se tornou uma referência para a prática de Enfermagem justamente devido à necessidade desta categoria profissional utilizar das relações interpessoais no processo de trabalho. Nesse contexto, emerge um relato das relações construídas entre acadêmica de Enfermagem e a equipe multidisciplinar de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), quando da apresentação à equipe de um projeto de intervenção profissional (PIP) que tem como inovação a implantação do Modelo Calgary de Avaliação de Famílias (MCAF) para determinar as necessidades de cuidados em saúde das famílias de portadores de distúrbios psíquicos. **OBJETIVOS:** Relatar a experiência acadêmica na apresentação de um PIP à equipe que presta assistência aos pacientes e famílias de um CAPS com base nas quatro fases do Processo de Enfermagem que integram a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. **METODOLOGIA:** Relato oriundo da aplicação do PIP em um CAPS localizado em um município de médio porte situado ao norte do Rio Grande do Sul. A proposta de inovar a assistência prestada às famílias de portadores de distúrbios psíquicos através da utilização do MCAF é resultante da disciplina Projeto de Intervenção Profissional que integra a matriz curricular do 8º semestre do Curso de Enfermagem. O projeto foi apresentado à equipe multidisciplinar do CAPS no segundo semestre de 2017 pela acadêmica que observou que as famílias dos portadores de distúrbios psíquicos dificilmente se engajam e se responsabilizam pelo cuidado de seus membros, o que atentou para a necessidade de compreender a estrutura familiar a partir do MCAF para posteriormente planejar a assistência de maneira singular e com vistas à inclusão familiar. A partir de três encontros com a equipe, as relações interpessoais construídas entre ensino-serviço foram descritas conforme as quatro fases do Processo de Enfermagem (orientação, identificação, exploração e resolução) que integram a Teoria das Relações Interpessoais. Apreciaram o projeto, apresentado por meio de exposição dialogada e dinâmicas comunicativas, treze profissionais de áreas distintas. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Na fase de orientação a acadêmica encontrou-se com a enfermeira do CAPS na condição de estranha e posteriormente aproximaram-se, a partir da necessidade de acordar acerca da utilização do MCAF na avaliação de famílias de portadores de distúrbios psíquicos. Com base no diálogo e na existência de consenso entre as partes definiu-se que a escassa participação familiar no tratamento dos doentes mentais era passível de ser amenizada à medida em que a assistência multidisciplinar fosse planejada de maneira singular e estratégica contando com o auxílio do MCAF. A interação, que no início era distante, culminou com o estabelecimento de vínculos entre a acadêmica e a enfermeira – que solicitou que a acadêmica retornasse ao CAPS para apresentar o PIP à equipe multidisciplinar e esclarecer eventuais dificuldades desta na utilização do modelo proposto. A fase de identificação caracterizou-se por um relacionamento mais intenso, onde treze membros da equipe multidisciplinar do CAPS (uma enfermeira, quatro técnicas de enfermagem, três psicólogas, uma assistente social, uma nutricionista, uma estagiária de administração, um monitor e uma terapeuta ocupacional) prestigiaram a apresentação expositiva dialogada da acadêmica acerca da utilização do MCAF. Com base na Teoria das Relações Interpessoais,

<sup>1</sup> Acadêmica do 8º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim e integrante do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Educação; Saúde e Trabalho do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde do curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim.

<sup>2</sup> Orientadora do Projeto de Intervenção Profissional (PIP). Coordenadora e Docente do curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim. Doutora em Educação (UNISINOS). Mestre em Educação (UFRGS). Coordenadora do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Educação; Saúde e Trabalho e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde do curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim.

essa participação efetiva da equipe significou uma resposta à acadêmica que poderia colaborar com esta na utilização do MCAF para avaliar famílias de portadores de distúrbios psíquicos. Nesta fase decidiu-se conjuntamente que a utilização do MCAF favorece a prestação de uma assistência integral às famílias e aos usuários do CAPS, surgiram expectativas por parte dos profissionais, promoveu-se um olhar mais sensível sobre a importância da avaliação familiar com o auxílio da ferramenta proposta e estabeleceu-se a meta a ser alcançada – proporcionar assistência integral às famílias de portadores de distúrbios psíquicos a partir da utilização do MCAF. Na fase de exploração, a equipe multidisciplinar obteve, através da acadêmica, os conhecimentos necessários à utilização do MCAF, com vistas à prestação de uma assistência integral às famílias de portadores de distúrbios psíquicos. Nesta fase a equipe demonstrou interesse pela proposta e passou a exigir mais da acadêmica, estabelecendo-se uma dinâmica comunicativa entre as partes acerca da utilização do modelo avaliativo, o que refletiu no fortalecimento dos vínculos estabelecidos na fase de identificação. Aqui definiu-se um plano de ações, segundo o qual a acadêmica almejava a partir da apresentação do PIP: implantar o MCAF para identificação de enfrentamento familiar incapacitado em famílias de portadores de distúrbios psíquicos; conscientizar a equipe acerca da relevância da utilização do MCAF na avaliação de famílias de portadores de distúrbios psíquicos, por meio da troca de saberes inerentes aos benefícios desta prática; capacitar a equipe para a aplicação do MCAF, por meio da troca de saberes, experiências e compartilhar didático-explicativo; favorecer a aprendizagem da equipe para utilização do MCAF como meio de identificar o enfrentamento familiar incapacitado em famílias de portadores de distúrbios psíquicos; e avaliar, por meio da aplicação de um questionário, se o emprego do MCAF auxiliou a equipe multidisciplinar a identificar o enfrentamento familiar incapacitado. Já a fase de resolução consolidou o término do relacionamento interpessoal existente entre acadêmica e equipe, conseqüente à satisfação das necessidades e expectativas da equipe multidisciplinar em relação à utilização do MCAF. Nesta fase os vínculos e laços de responsabilização que mantinham a acadêmica ligada à equipe foram dissolvidos permeados por algumas dificuldades de execução por parte de ambas as partes – que acreditavam não ser aquele o momento certo para o rompimento do contrato interpessoal. Por fim, a partir da apresentação do PIP à equipe multidisciplinar do CAPS, traçaram-se os resultados esperados, o que incluía a efetividade do MCAF como estratégia para identificação do enfrentamento familiar incapacitado em famílias de portadores de distúrbios psíquicos; a percepção da equipe sobre a relevância da utilização do MCAF na avaliação de famílias de portadores de distúrbios psíquicos; e a qualificação da equipe no que se refere ao fornecimento de conhecimentos necessários ao emprego do MCAF nos serviços de saúde mental.

**CONCLUSÕES:** Embora se trate de uma teoria apresentada há mais de cinco décadas e sob outro contexto histórico, a Teoria das Relações Interpessoais continua atual, pois seu foco central faz parte da natureza da Enfermagem e o resgate da perspectiva integral é uma forma de produzir a humanização do cuidado. Acerca da relação interpessoal construída entre ensino-serviço, pode-se dizer que esta foi fundamental ao desenvolvimento de um olhar avaliativo voltado para o contexto de vida dos usuários e famílias que frequentam o CAPS. Traçando um paralelo com a importância da construção de projetos terapêuticos singulares voltados para a promoção da saúde do doente mental e para a superação de dificuldades familiares, pode-se constatar que esta prática requer uma atuação multidisciplinar pautada no diálogo, na existência de consensos e na ausência de resistências às alternativas acadêmicas que possam proporcionar melhorias ao processo de trabalho e melhorar a qualidade de vida das coletividades assistidas.

**Palavras-chave:** Teoria de enfermagem. Serviços de saúde mental. Determinação de necessidades de cuidados de saúde. Equipe de assistência ao paciente. Enfermagem psiquiátrica.

#### REFERÊNCIAS:

- FORMOZO, G.A. et al. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 124-7, mar. 2012. Disponível em: <[www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a21.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a21.pdf)>. Acesso em: 07 set. 2017.
- SILVA, J.V.; BRAGA, C.G. **Teorias de Enfermagem**. 1ª ed. São Paulo: Iátria, 2011.

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO  
PROFISSIONAL NA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS - APAE**

PEDROSKI, G.; MEDEIROS, R. M.

Grupo de pesquisa: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

**INTRODUÇÃO:** Pelas estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em todo o mundo existem pelo menos um bilhão de pessoas com algum tipo de deficiência, representadas por qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica do indivíduo (ROSSO; LOSSO, 2016). Em uma instituição de educação especial, a exemplo da APAE, encontramos pessoas com rebaixamento intelectual, transtornos físicos e mentais associados e situações clínicas com características próprias e singulares, o que confere a necessidade de prestação da assistência feita por uma equipe multiprofissional qualificada e competente para atender às necessidades de saúde apresentadas por essa população específica. Os ambientes escolares são locais de ocorrência frequente de acidentes e quando se trata de um espaço que atende pessoas portadoras de necessidades especiais, existe ainda um maior índice de intercorrências clínicas, visto o perfil dos alunos atendidos. Nesses espaços, todas essas intercorrências, constituem preocupação constante, sendo fundamental que a equipe multiprofissional que atende esses alunos saiba como agir frente a esses eventos, como evitá-los e como realizar os primeiros socorros, procurando, assim, evitar as complicações decorrentes de procedimentos inadequados, o que pode garantir a melhor evolução e prognóstico das lesões (ROSSO; LOSSO, 2016). Em visita prévia na instituição foi possível constatar que não há enfermeiro na equipe e que os profissionais que atuam na referida instituição não são qualificados a prestarem primeiros socorros em casos de acidentes. Diante dessa problemática, e em concordância com a Coordenadora da Associação, buscou-se a realização de um Projeto de Intervenção Profissional (PIP) com vistas ao treinamento da equipe multiprofissional na abordagem segura das possíveis vítimas de acidente ou mal súbito. Como se faz necessário por parte do enfermeiro, a utilização de teorias de enfermagem para fundamentar o desenvolvimento do conhecimento e orientar as suas práticas profissionais, nesse contexto para nortear o PIP, utilizou-se a Teoria do Cuidado Cultural ou Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Nela, Leininger diz que o cuidado não deve ter como foco somente a relação Enfermeira/Cliente/Paciente, mas que deve envolver a interação com a família, grupos, comunidades, culturas completas e instituições (SILVA; BRAGA, 2011). Para uma melhor compreensão desses aspectos, Leininger propôs um modelo denominado de SUNRISE, que considera elementos da estrutura cultural/social do sistema popular e profissional para a orientação da operacionalização do cuidado nas diferentes culturas (SILVA; BRAGA, 2011). Esse diagrama auxilia o enfermeiro no desenvolvimento de uma ampla visão do ser humano a ser cuidado, ressaltando que o indivíduo está inserido em um contexto cultural e que precisa ser descoberto para se alcançar o cuidado culturalmente congruente (SILVA; BRAGA, 2011). Leininger sugere ainda em sua teoria que as ações de enfermagem devem estar pautadas em questões culturais respeitando as crenças e valores dos clientes. Para o desenvolvimento do PIP, seguiu-se as etapas propostas pela teórica no que tange à conservação/manutenção do cuidado cultural, o ajustamento/negociação do cuidado e finaliza com a repadronização/reestruturação do cuidado cultural. Essas três situações proporcionam a adequação do cuidado aos aspectos culturais, com melhor adaptação à cultura do cliente, amenizando o estresse e conflito entre cliente e enfermeiro. **OJETIVO:** Relatar a experiência da aplicação de um PIP junto à equipe multiprofissional seguindo o proposto pela teoria de Leininger. **METODOLOGIA:** Relato da aplicação de um PIP na APAE de um município de pequeno porte localizado na região norte do Rio Grande do Sul. A proposta da estruturação e aplicação do PIP é resultante da disciplina Projeto de Intervenção Profissional que integra a grade curricular do 8º semestre do Curso de Enfermagem. O projeto foi apresentado à equipe multidisciplinar no segundo semestre de 2017, tendo a aprovação imediata por parte da Coordenadora da instituição, onde a mesma manifestou o desejo tanto dela como por parte da equipe em receber a capacitação. Para a concretização do PIP foram necessários equipamentos de multimídia, bonecos e material impresso. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A aplicação do PIP se deu em três fases conforme proposto pela teoria. Primeira fase - Manutenção ou preservação do cuidado cultural - na semana anterior ao treinamento foram entregues questionários à equipe com vistas a analisar os métodos de abordagem das vítimas em algumas situações hipotéticas elencadas. O

questionário buscou reconhecer ainda, as principais dúvidas da equipe bem como identificar se a mesma era capaz de conceituar os Primeiros Socorros, se haviam tido algum tipo de treinamento e por quais meios teriam adquirido esses conhecimentos. Segunda fase - Acomodação ou negociação do cuidado cultural - após analisar as respostas obtidas, buscou-se estruturar um treinamento que fosse ao encontro das principais necessidades da equipe multiprofissional. Na ocasião foram trazidos e incentivados aspectos que a equipe adotava que são considerados métodos conservadores. Para a concretização da terceira fase que estabelece a reestruturação ou repadronização do cuidado cultural, foram apresentadas novas alternativas que devem ser adotadas, visando sempre a proteção e a preservação da saúde da vítima, bem como do profissional que a atende. O treinamento foi realizado em duas etapas – inicialmente abordando a prevenção de acidentes em ambiente escolar (palestra), após seguiu-se com a oficina de primeiros socorros, práticas de reanimação cardiopulmonar (RCP) e manobra de Heimlich em bonecos. Em forma de agradecimento, foi entregue ao término do treinamento um Kit de Primeiros Socorros para a coordenadora da APAE. Como método de avaliação da atividade, novamente foi estruturado um questionário onde a equipe respondeu à questões sobre a importância do desenvolvimento do trabalho, se após o treinamento sentem maior segurança e habilidade no atendimento às possíveis vítimas e se mudariam algumas técnicas, ou seja, condutas que antes eram adotadas sem o conhecimento específico, visto que no questionário prévio, técnicas de cunho popular eram amplamente empregadas e que algumas delas potencializavam danos ainda maiores à saúde da vítima. **CONCLUSÃO:** A experiência foi extremamente produtiva e gratificante na medida em que proporcionou a participação ativa do acadêmico na sociedade. Dessa forma as teorias que são apreendidas em sala de aula se concretizam na prática dos processos de trabalho. Essas ações que desenvolvemos, além de permitirem nosso crescimento pessoal e o amadurecimento de ideias político-sociais, possibilitam uma visão de que podemos e somos capazes de contribuir para o desenvolvimento das pessoas de forma individual e coletiva. Quanto ao tema trabalhado, entende-se, que as atividades desenvolvidas possibilitarão à equipe multiprofissional da APAE formas seguras de reconhecimento e de abordagem, tendo como consequência a melhoria na qualidade de vida das vítimas, uma vez que passarão a adotar hábitos preventivos e adequados, pois estarão aptos a prestar atendimento inicial a indivíduos que porventura venham necessitar.

**Palavras-chave:** Prevenção de acidentes. Primeiros Socorros. Teoria de Enfermagem. Educação de Pessoa com Deficiência Intelectual.

#### **REFERÊNCIAS:**

- ROSSO, L.E.; LOSSO, A.R.S. Cuidado de enfermagem na APAE: necessidades da equipe multiprofissional. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 5, n. 2, dez. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/3020>>. Acesso em 08/09/2017
- SILVA, J.V.; BRAGA, C.G. **Teorias de Enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Iátria, 2011.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS NA PREVENÇÃO DOS CÂNCERES DE COLO DE ÚTERO E DE MAMAS EM UMA EMPRESA NA CIDADE DE ERECHIM-RS<sup>1</sup>

RODRIGUES, Maria Eduarda<sup>2</sup>; MEDEIROS, Roseana Maria<sup>3</sup>; MORO, Luiza.<sup>4</sup>; PIACINI, Ana Carolina.<sup>5</sup>  
 MIOLO, Daniely Pilares<sup>6</sup>; ZIN, Cristian F. F.<sup>7</sup>

**INTRODUÇÃO:** A abordagem em Saúde da Mulher no Brasil vem apresentando modificações em termos de programas e ações, desde que as discussões sobre os altos índices de morbimortalidade feminina apresentavam quadros elevadíssimos. Em 1984, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM - que se tornou referência na atenção à saúde feminina. O programa imprimiu uma nova postura de atendimento às mulheres com a inversão da lógica hospitalocêntrica para a de Atenção Básica à Saúde - ABS. Em 1996, como estratégia para ampliar a vigília sobre o controle dos cânceres de colo uterino e de mama, o Ministério da Saúde lançou o Programa Viva Mulher (BRASIL, 2002). O câncer do colo do útero é causado por infecção do vírus Papilomavírus Humano (HPV). Esta infecção é muito frequente nas mulheres, que em sua maioria acabam por não adquirir o processo infeccioso. No entanto, em alguns casos, podem acontecer alterações celulares que assim evoluem para o câncer, estas alterações das células podem ser descobertas no exame preventivo ou Papanicolau e são curáveis na maioria dos casos (INCA, 2016). No Brasil, a partir de estudos epidemiológicos é considerado o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e a quarta causa de morte de mulheres por câncer. Sendo que no ano de 2016 foram abordados cerca de 16.340 novos casos no país (INCA, 2016). A infecção, quando não tratada, tende a evoluir justamente para o câncer de colo de útero e este, por sua vez, se não detectado precocemente pode levar a mulher à óbito. A prevenção primária do câncer do colo do útero é uma questão diretamente relacionada ao fator de diminuição de riscos do contágio do vírus HPV, onde a transmissão da infecção pode ocorrer por via sexual, em sua maioria por falta do uso de preservativos. Outro fator de suma importância para a prevenção do mesmo é a vacinação para meninas de 9 a 13 anos. Por sua vez, o câncer de mama é o tipo mais comum entre a diversidade de mulheres do mundo e do Brasil, a estimativa de novos casos segundo o INCA em nosso país é de aproximadamente 57.960 no ano de 2016. Geralmente o câncer de mama tem maior probabilidade de iniciar a partir dos 35 anos de idade, e principalmente após os 50 anos, sendo classificado como raros os que remetem antes desta idade. Existem hoje diversas classes de câncer de mama, sendo que alguns evoluem de uma forma muito rápida, já outros não, sendo que em sua maioria progredem para um bom prognóstico (INCA, 2017). **OBJETIVO:** Relatar a experiência de acadêmicos do segundo semestre da Graduação de Enfermagem, na consulta, coleta voluntária de exame preventivo citopatológico Papanicolau e exame clínico de mamas. **METODOLOGIA:** Foi utilizada a consulta de Enfermagem, momento em que os acadêmicos registravam dados pessoais e de saúde sexual de cada mulher agendada previamente. A coleta iniciou no dia 29 de agosto de 2017, e se estendeu até o dia 14 de setembro do mesmo ano. Nessas datas foram coletados exames citopatológicos, intencionando a prevenção de câncer do colo de útero e realização do exame clínico de mamas, com o principal objetivo de prevenção contra o câncer de mama. Respeitou-se a prerrogativa do Ministério da Saúde (2016) de encaminhar mulheres acima de 40 anos para realizar a mamografia. O projeto<sup>3</sup> tem parceria com empresas de pequeno, médio e grande portes que realizam o agendamento de suas trabalhadoras ao menos seis (6) meses antes do início do projeto, e com a Secretaria Municipal de Saúde de Erechim. No primeiro momento, em uma sala reservada, foi feito o acolhimento de cada mulher e obtidos dados pessoais e história sexual feminina. Em outro ambiente, propício e organizado para receber as clientes, realizou-se a coleta de material da ecto e da endocérvice do colo uterino e, em seguida, ocorreu a execução do exame clínico mamário (ECM). Cada mulher recebeu orientações para o autocuidado e educação em saúde para uma vida sexual saudável e de qualidade. Os acadêmicos receberam capacitações para as coletas, exame

<sup>1</sup> Projeto de extensão- Modalidade ação social: de Roseana Maria Medeiros.

<sup>2</sup>; <sup>4</sup>; <sup>5</sup>; <sup>6</sup>; <sup>7</sup> Acadêmicos do 2º semestre de Graduação em Enfermagem URI Erechim. Voluntária no projeto.

<sup>3</sup> Coordenadora e executora do Projeto Prevenção do Câncer de colo de útero e câncer de mama para trabalhadoras em empresas de Erechim/RS; Doutora em Educação (UNISINOS); Mestre em Educação (UFRGS); Docente e Coordenadora do curso de Graduação em Enfermagem/URI Erechim.

mamário e orientações através da coordenadora do projeto. O grupo atendeu 41 mulheres em uma empresa de grande porte dois dias por semana. A previsão de atendimento era de até cinquenta (50) mulheres, mas as nove (9) não atendidas encontravam-se menstruadas ou decidiram não realizar os procedimentos. **RESULTADOS:** Considerando as diferenças étnicas, sociais, culturais, educacionais e de saúde das mulheres atendidas, pudemos observar que a maioria dos colos uterinos examinados apresentou atipias sugestivas de processos inflamatórios, infecciosos, lesões traduzidas como feridas de colo de útero e ainda histórias de cauterizações. Em relação às mamas foram encaminhadas seis (6) mamografias e destas apenas uma por presença de massa sugestiva de alteração. A idade das mulheres variou entre 19 e 62 anos. Cada consulta levou em média 35 minutos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Em termos de experiência acadêmica e como futuros enfermeiros, consideramos nossa participação de fundamental importância pela aquisição de vivências práticas como foi o caso deste projeto de extensão e pela oportunidade de interagir com clientes trabalhadoras na área de saúde da mulher. Necessário destacar que a enfermagem tem atuação relevante no processo de prevenção do câncer de colo de útero e de mamas, para obtermos uma população de mulheres mais saudáveis e que acima de tudo se preocupem com sua saúde.

**Palavras-chave:** Exame Papanicolau, prevenção, câncer de mama, câncer uterino.

### REFERÊNCIAS:

\_\_\_\_\_. **Colo do útero.** Disponível em:

<[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio/definicao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao)>. Acessado em: 01 de out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Colo do útero: prevenção.** Disponível em:

<[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio/prevencao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/prevencao)>. Acessado em: 01 de out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Mama.** Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acessado em: 01 de out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Mama: prevenção.** Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/prevencao>>. Acessado em: 01 de out. 2017.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA: FALTA DE ADESÃO E DIFICULDADES RELACIONADAS AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

FONTANA, L.<sup>1</sup>; PICOLOTTO, L.<sup>2</sup>; ZURAVSKI, F.<sup>3</sup>; CANTELE, A. B.<sup>4</sup>; BIDEL, R.<sup>5</sup>

Desenvolvimento Humano, Saúde e Educação

**Introdução:** O Estágio Supervisionado II B realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) proporciona ao acadêmico de Enfermagem uma visão ampliada do serviço, através do reconhecimento do território e sua população. Pode-se observar um número expressivo de usuários do campo de estágio com tuberculose, além disto notou-se a falta de adesão ao tratamento proposto, o que facilita a disseminação da doença dentro da comunidade e contribui para o agravamento da doença no portador. Segundo o Ministério da Saúde (2002), “a Tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pelo “bacilo de Koch” cujo nome científico é *Mycobacterium tuberculosis*.” A transmissão da doença se dá através da eliminação do bacilo para o ambiente, por meio da tosse, espirro ou fala. Na maioria das vezes os sintomas apresentados são tosse seca ou produtiva por mais de 3 semanas, cansaço excessivo, febre no final da tarde, sudorese noturna, falta de apetite e emagrecimento acentuado. O diagnóstico da tuberculose é feito através do baciloscopia do escarro, exame radiológico de tórax e prova tuberculínica (Secretaria de Saúde, Paraná Governo do Estado). Segundo Rocha et.al, (2015), o tratamento da doença tem a duração de 6 meses, sendo que nos 2 primeiros meses do tratamento o paciente faz ingestão de 4 medicamentos de doses fixas combinadas, os chamados RHZE, sendo eles, Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol e nos 2 meses seguintes, recomenda-se apenas o uso de 2 medicamentos, sendo eles, RH (Rifampicina e Isoniazida). Com o início do esquema terapêutico adequado, a transmissão tende a diminuir gradativamente e, em geral, após 15 dias de tratamento, chega a níveis insignificantes. Atenta-se também para a instabilidade do tratamento realizado pelo doente, o que pode levar à resistência medicamentosa e à recidiva da doença, dificultando a cura da doença e consequentemente levando ao aumento do tempo de tratamento e o custo do mesmo. A tuberculose (TB) é considerada um problema de saúde pública que afeta populações com condições socioeconômicas desfavorecidas e também está intimamente ligado a fatores como desnutrição, superpopulação, moradia, saneamento, tabagismo, doenças imunossupressoras, alcoolismo e ao cuidado impróprio da própria saúde (ROCHA, et al., 2015). **Objetivo:** Realizar a busca ativa e orientação quanto à tuberculose para determinada região do bairro em que as acadêmicas estavam inseridas. **Metodologia:** Relato de experiência realizado por acadêmicas do 10º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI, duas professoras supervisoras e uma agente comunitária de saúde, teve como local uma Unidade Básica de Saúde de um município de médio porte ao norte do Rio Grande Sul, foi desenvolvido no período de 16 de agosto à 26 de setembro de 2017 e incluiu como participantes moradores de uma determinada área do bairro onde os acadêmicos estavam inseridos. A área escolhida para realizar a atividade, foi devido aos elevados índices de pacientes com tuberculose e a não adesão ao tratamento, existentes no local. A atividade teve colaboração da Secretaria Municipal de Saúde, através do serviço de epidemiologia, que ofertou uma palestra aos acadêmicos quanto à forma da abordagem para a população e informações básicas quanto à doença trabalhada. Para auxílio na atividade, a Unidade Básica de Saúde responsável pelo bairro, disponibilizou folders explicativos sobre a doença, para serem distribuídos entre os participantes abordados. **Resultados e Discussões:** Os resultados obtidos com essa atividade foram o reconhecimento de participantes com sintomas respiratórios característicos da doença, aos mesmos foram ofertadas orientações quanto à doença, seus sintomas, formas de prevenção, transmissão e tratamento, seguido de informações referentes aos exames possíveis de realização para casos de confirmação ou não da doença no indivíduo. Pode-se observar o desconhecimento da população quanto à doença, o preconceito e/ou revolta, ou a não aceitação da mesma. Foram encontradas famílias

<sup>1</sup> Acadêmica do 10º semestre do curso de Graduação em Enfermagem Uri Erechim.

<sup>2</sup> Acadêmica do 10º semestre do curso de Graduação em Enfermagem Uri Erechim.

<sup>3</sup> Acadêmica do 10º semestre do curso de Graduação em Enfermagem Uri Erechim.

<sup>4</sup> Enfermeira. Especialista. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Temática de Gênero, Mulheres, Etnia, Educação, Saúde e Trabalho - GMEEST do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

com presença de sintomas característicos e dispostas a aceitar a realização do exame para dispensa da suspeita de tuberculose. Conforme Chirinos (2011), “existem vários fatores associados ao abandono do tratamento, considerando aspectos sociodemográficos, os pacientes de sexo masculino abandonam mais o tratamento que os de sexo feminino, a baixa escolaridade, a falta de apoio familiar e a falta de orientação no uso dos serviços de saúde, e o uso de drogas, são aspectos relacionados aos serviços de saúde e ao tratamento da doença, tidos como insucesso do tratamento para TB e tratamento anterior. Diante disso, combinou-se com a Agente Comunitária de Saúde, responsável pela área, que durante suas visitas domiciliares, pudesse estar levando o frasco até a residência desses indivíduos para realização da baciloscopia de escarro. Quanto a não adesão ao tratamento, notou-se alguns fatores contribuintes para não cumprimento do mesmo, vários efeitos colaterais, como náuseas, vômitos, dores epigástricas, dificuldades de seguimento de horários, doses elevadas, situação de alcoolismo e drogadição, medicamentos de difícil deglutição e recidiva da doença. Conforme Chirinos (2011), ocorrência de outras doenças, principalmente crônicas, e o cuidado em saúde, a ausência de interação e comunicação deficiente entre o paciente e profissional de saúde, falta de repasse de informações de forma abrangente sobre a TB, suas causas e sua forma de transmissão, pode levar ao abandono e ao não comparecimento à unidade de saúde. Segundo Queiroz (2010, p. 628), a adesão é uma finalidade a ser atingida do início ao fim do tratamento medicamentoso, e quando interrompida acaba prejudicando o tratamento bem como sua cura, comprometendo assim a manejo da doença. Conclusão: A partir do estudo realizado, pode-se perceber a importância de proceder a busca ativa a estes pacientes, pois os mesmos não sabem identificar quais são os sintomas referentes a doença, e assim não procuram os serviços de saúde para receber orientação correta de como agir. Desta mesma forma, notou-se também a relevância em se fazer o tratamento diretamente observado (TDO), onde um profissional de saúde acompanha a tomada de medicação do paciente desde o início do tratamento até a sua cura. Essa estratégia oferece maior acolhimento ao doente, melhora a adesão e promove o aumento da cura e redução de abandono ao tratamento. A falta de compreensão da gravidade da doença pelo paciente, também influencia na questão da não adesão ao tratamento, o mesmo acontece olhando-se do ponto de vista social onde o preconceito firmado à doença, e a discriminação, contribuem para a forma descontínua do tratamento. Diante disso destaca-se a importância do profissional enfermeiro em atividades educativas, de orientação e promoção da saúde da comunidade, citando também a importância do agente comunitário de saúde nestas situações, que devem estar preparados para identificar sinais, sintomas, e agravos que podem estar acometendo a população, pois eles atuam como facilitadores entre usuário e profissional de saúde. O âmbito da saúde coletiva é responsável por atingir essas populações, acompanhar e solucionar os casos, sem permitir que haja abandono do tratamento por parte do paciente. Esta atividade volta os olhares para a necessidade de se repensar as práticas de saúde, promovendo uma visão mais ampliada e humanizada do cuidado, valorizando a escuta, experiências, medos e anseios dos pacientes ao lidar com este tipo de doença/situação.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Tuberculose. Saúde Coletiva.

#### REFERÊNCIAS:

- ROCHA, J. L. et. al, Farmacovigilância em tuberculose: relato de uma experiência no Brasil. **Rev. Visa em debate sociedade, ciência e tecnologia**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/viewFile/270/206>.
- QUEIROZ, R.; NOGUEIRA, P. A. Diferenças na Adesão ao Tratamento da Tuberculose em Relação ao Sexo no Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia – São Paulo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.627-637, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300014).
- CHIRINOS, N. E. C; MEIRELLES, B. H. S. Fatores Associados ao Abandono do Tratamento da Tuberculose: Uma Revisão Integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 599-406. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/23>.
- BRASIL. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica.- 6. ed. rev.e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_controle\\_tuberculose\\_cab6.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_controle_tuberculose_cab6.pdf).

## REPERCUSSÕES DE UM TRATAMENTO PARA CÂNCER DE PRÓSTATA

TORMEN, F.<sup>1</sup>; FERRÃO, L.<sup>2</sup>; BETTINELLI, L. A.<sup>3</sup>; MANFREDINI, C.<sup>4</sup>; BROCK, F.<sup>5</sup>; DENTI, I. A.<sup>6</sup>

Saúde Humana

Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**Introdução:** O câncer de próstata tem como característica a multiplicação e o crescimento desordenado e descontrolado das células da glândula prostática. Este pode ser um processo lento, assintomático e sem ocasionar problemas a saúde do homem, ou pode ter um crescimento acelerado com rápida progressão da doença para outros órgãos, necessitando de medidas de tratamento (BRASIL, 2017). No Brasil, o número de casos novos de câncer de próstata estimado para o ano de 2016 foi de 61.200 casos e um risco estimado de 61,82 casos a cada 100 mil homens. O avanço dos métodos diagnósticos (exames), a qualidade dos sistemas de informação do país e o aumento na expectativa de vida, podem estar relacionados com o aumento da incidência desta neoplasia no Brasil (BRASIL, 2015). O diagnóstico e a possibilidade de um tratamento impactam significativamente a vida dos homens, pois os mesmos, temem a mutilação do seu corpo e a repercussão que terá na sua família e nas atividades diárias. O tratamento para o CaP deve ser individualizado, levando em conta a idade do paciente, o estadiamento do tumor, o grau histológico, o tamanho da próstata, as comorbidades, a expectativa de vida, bem como os anseios em relação aos efeitos colaterais e consequências da terapêutica para seu dia-a-dia. O paciente juntamente com o seu médico, irão decidir qual será o mais adequado na sua individualidade, com a definição de riscos e benefícios do tratamento. Os tipos de terapêutica mais comum envolvem: a cirurgia, a radioterapia, a terapia hormonal e a quimioterapia (BRASIL, 2002). A vivência do adoecer por câncer modifica toda uma existência, visto que afeta o corpo tanto de forma objetiva como subjetiva, além de aflorar uma série de angústias pela nova condição imposta neste existir. São alterações que envolvem os hábitos de vida, os efeitos secundários ao tratamento, a perda da autonomia, a sensação de impotência e o isolamento (SOARES, 2010). A disfunção erétil e a incontinência urinária são os efeitos que podem ocorrer pelo tratamento e ambos atingem a essência da masculinidade. Estas reações remetem a inutilidade do homem e parceiro, com o sentimento do ser impotente. A perda de identidade e o isolamento social geram o aborrecimento, a frustração e o constrangimento do ser masculino (GIANINI, 2004). Quando surge uma situação estressante, como é o diagnóstico de câncer, utilizam-se estratégias para adaptar-se a nova situação. E o enfrentamento surge para a adequação desta circunstância psicológica do indivíduo e da sua família (SILVA, 2005). Para os homens que tem relação estável, a esposa se torna a principal cuidadora. Aliado a isto, há uma melhor aceitação do homem em relação ao processo que está vivenciando, já que este tem interferência na intimidade do casal e com grande impacto emocional e afetivo (VIEIRA, 2012). **Objetivos:** conhecer as repercussões da terapêutica oncológica para homens com câncer de próstata. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa desenvolvido com homens portadores de câncer de próstata em tratamento oncológico num hospital de grande porte do norte do RS. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada nos meses de março e abril de 2015. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo - RS, com o protocolo número Nº 937.128. A técnica de análise empregada no estudo para o tratamento dos dados foi a temática, apresentada por Minayo (2014). **Resultados e discussões:** Participaram do estudo 30 homens, na faixa etária de 60 a 82 anos; que estavam em tratamento oncológico para o câncer de próstata entre 2010 e 2015. Dos participantes, 24 casados, quatro viúvos e dois solteiros; a escolaridade variou de ensino fundamental incompleto a ensino superior incompleto. A agricultura foi referida como ocupação, pela maioria dos participantes. Os participantes relataram a experiência da terapêutica para o câncer de próstata a partir dos seus efeitos colaterais. As manifestações de nictúria, fogachos, disfunção sexual e incontinência urinária estiveram presentes desde o início do tratamento, foram relevantes e causaram desconforto para os homens. Estas reações promoveram interferência na qualidade de vida diária, bem como no descanso noturno. Estudos mencionam que homens em tratamento para câncer de próstata estão suscetíveis a dificuldades para o sono, devido a nictúria e as ondas de calor (HANISCH et al., 2011; ARAÚJO; BARBOSA; BARICHELLO, 2014). A disfunção erétil e a incontinência urinária também referenciadas pelos participantes ao longo das entrevistas, repercutiram negativamente no cotidiano destes homens. Foram reveladas com pesar a extensão do comprometimento, uma reação que compromete as necessidades

fisiológicas, mas que cogita na sexualidade. A disfunção sexual foi causa de inquietações e frustrações, no entanto, aqueles que tiveram uma rede de apoio fortalecida, através da esposa, da religiosidade e da espiritualidade, obtiveram um melhor enfrentamento no tratamento oncológico, bem como sentiam-se conformados com a circunstância imposta. Corroborando com a literatura, a sexualidade é referida como reação comum entre os homens que realizaram tratamento para câncer de próstata, e esta mexe com a identidade masculina e ocasiona desconforto no dia-a-dia (SAITZ, 2013). Quanto a incontinência urinária, foi relatada como algo que também incomoda e interfere nas atividades de vida diária. A preocupação e o receio de perder a urina eram constantes, ocasionando o isolamento social e até familiar. Na presença da incontinência urinária, se faz necessário o uso de protetores, os quais intensificam o constrangimento e a vergonha, além do temor de estar sempre “cheirando”, o que pode transparecer fragilidades perante a sociedade (MACEDO, 2008). Conclusão: ao término do estudo, evidenciou-se que o tratamento para o câncer de próstata provoca efeitos colaterais que acometem o cotidiano destes homens. A disfunção erétil e a incontinência urinária atingem a essência do masculino, provocando alterações significativas no processo de viver e envelhecer do grupo estudado. Por sua vez, aqueles que tiveram a rede de apoio fortalecida através da esposa e a busca pela espiritualidade e religiosidade, demonstraram melhor enfrentamento da doença. Nessa perspectiva é imprescindível, que diante de um diagnóstico de tamanho impacto nas dimensões física e emocional, sejam prestadas informações, possibilidades e limites do tratamento e também suas consequências para o homem. Sugere-se novos estudos que ampliem algumas dimensões pouco exploradas sobre o tema, compreender os significados e repercussões do câncer nos homens e também de seu entorno para que as intervenções neste processo possam ampliar o cuidado terapêutico.

**Palavras-chave:** Oncologia. Câncer de próstata. Terapêutica.

#### REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer de próstata: Vamos falar sobre isso?** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso.** - Rio de Janeiro: INCA, 2002.
- SOARES, L. C. **O significado da vivência do câncer para os idosos.** Dissertação [Mestre em Enfermagem] - Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2010.
- GIANINI, M. M S. **Câncer e gênero: enfrentamento da doença.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.
- SILVA, L. C. Vozes que contam a experiência de viver com câncer. **Revista Psicologia Hospitalar**, v. 3, n. 1, 2005.
- VIEIRA, C. G.; ARAÚJO, W. S.; VARGAS, D. R. M. O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. **Revista Científica do ITPAC**, v. 5, n. 1, 2012.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.
- HANISCH, L. J. et al. Sleep and daily functioning during androgen deprivation therapy for prostate cancer. **European Journal of Cancer Care**, v. 20, p. 549-54, 2011.
- ARAÚJO, I. C. S.; BARBOSA, M. H., BARICHELLO, E. Distúrbios do sono em homens com câncer de próstata em hormonioterapia. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 705-709, 2014.
- SAITZ, T. R. et al. The pre-treatment prevalence and types of sexual dysfunction among patients diagnosed with prostate cancer. **Andrology**, v.1, p.859-863, 2013.
- MACEDO, S. R. **O significado da vivência do paciente em tratamento de câncer de próstata.** Dissertação [Mestrado em Psicologia] - Fundação Edson Queiroz, Universidade de Fortaleza, 2008.

<sup>1</sup>Graduanda do 6º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai (URI), Erechim - RS. Integrante do **Núcleo de Estudos em Saúde**

**Coletiva e Serviços de Saúde** / Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem (GESE/URI/CNPQ) - RS. E-mail: franctormen@gmail.com

<sup>2</sup>Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Erechim - RS. Integrante do **Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde** / Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem (GESE/URI/CNPQ) - RS. E-mail: luanaferrao@uricer.edu.br

<sup>3</sup>Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo - RS (UPF). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Bioética e Cuidado Humano (GEPEBICH/UPF/CNPQ). E-mail: luizantoniobettinelli@gmail.com

<sup>4</sup>Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai (URI), Erechim. Integrante do **Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde** / Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem (GESE/URI/CNPQ) - RS. E-mail: cibelem@uricer.edu.br

<sup>5</sup>Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Erechim - RS. Integrante do **Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde** / Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem (GESE/URI/CNPQ) - RS. E-mail: felipebrock@uricer.edu.br

<sup>6</sup>Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Erechim - RS. E-mail: iranyd@uri.com.br

## RISCO CARDIOVASCULAR EM PRATICANTES DE MUSCULAÇÃO EM UMA ACADEMIA DO MUNICÍPIO DE ERECHIM

NARZETTI, RA<sup>1</sup>; MORAES, L de<sup>2</sup>; VANI, AC<sup>3</sup>; BROCK, F<sup>4</sup>; MORO, LC<sup>5</sup>; DENTI, IA<sup>6</sup>.

**INTRODUÇÃO:** As doenças cardiovasculares (DCV) são apontadas pela maioria dos estudos como as afecções mais incidentes de morbimortalidade desde meados do século passado, possivelmente atreladas a dificuldades no controle dos principais fatores de risco. Neste sentido Lim et al., (2012) referiram que na atualidade os três principais fatores de risco modificáveis são a pressão arterial elevada, tabagismo e uso de álcool. Ezzati e Riboli (2013) descrevem que os fatores comportamentais, alimentação, tabagismo, consumo de álcool, excesso de peso, baixa carga baixo nível de atividade física e fatores dietéticos são responsáveis pelas DCV diretamente ou através de condições tais como hipertensão arterial sistêmica, hiperglicemia e dislipidemia. Segundo a WHO (2000) a globalização, envelhecimento populacional, urbanização, aumento da exposição a fatores de risco modificáveis como a inatividade física, uso do tabaco, uso exagerado de álcool e doenças não transmissíveis são os principais responsáveis pela prevalência das DCV. Deaton et al., (2011) descrevem que a DCV não tem geografia sócio-econômica, limites territoriais ou gênero. É a principal causa de morte em países em desenvolvimento bem como desenvolvidos. Vários estudos consistentes descrevem que os exercícios físicos regulares promovem melhorias da função cardiovascular e controle da pressão arterial (Pescatello, 2004), redução da taxa lipídica e melhora do controle da glicemia pelo aumento da sensibilidade à insulina (BOULE, 2001). Através do controle destes fatores de risco é possível a redução de complicações do aparelho cardiovascular principalmente em faixas etárias entre 30 a 50 anos. Para o alcance dos benefícios atribuíveis aos exercícios o investimento no tempo a ser dispensado é relativamente modesto, necessitando de apenas duas horas de exercício por semana dividida em pelo menos três momentos (TANASESCU, 2002). Segundo Kokkinos (2010) é possível obter benefícios com o exercício físico mesmo quando executado com intensidades baixas, quando estes praticantes forem comparados com pessoas sedentárias. Esta comparação mostrou redução da mortalidade atribuída ao sistema cardiovascular em torno de 15%. Mesmo para pessoas portadoras de DCV, inclusive o infarto, existem evidências de ganho quanto a redução da progressão da doença promovendo a reabilitação de estruturas encarregadas do bombeamento e transporte do sangue (LAWLER, 2011). Estes benefícios podem ser atribuídos à remodelação cardíaca e melhora da capacidade funcional, além de ser considerado adjuvante na redução do peso corporal e redução da epidemia de obesidade, além de reduzir o desenvolvimento do câncer de próstata e mama (Yatsuya, 2014); reduzir a perda de massa óssea (Laurin, 2001); melhora a resistência e autoconfiança (Shirayama, 2002); praticantes de exercícios físicos vivem pelo menos três anos mais comparados com sedentários (Clarke, 2012). O exercício pode ser considerado mais eficaz, acessível e barato, entre as demais opções para a prevenção e em muitos aspectos a recuperação da saúde.

**OBJETIVOS:** Neste sentido, temos como objetivo geral Identificar o perfil cardiovascular de praticantes de exercícios físicos de uma academia de ginástica do Município de Erechim e como objetivos específicos Identificar os diferentes estratos de risco, através de dados objetivos como pressão arterial, frequência cardíaca antes e após o exercício, IMC, circunferência abdominal e relação cintura-quadril. Analisar as possíveis alterações na frequência cardíaca de repouso ( $FC_{rep}$ ), pressão arterial de repouso ( $PA_{rep}$ ), frequência cardíaca pós sessão de treino ( $FC_{pós\ treino}$ ) e pressão arterial pós sessão de treino ( $PA_{pós\ treino}$ ); Correlacionar as possíveis alterações na  $FC_{rep}$  e na  $PA_{rep}$  com possíveis alterações nos fatores de risco cardiovascular. **METODOLOGIA:** Estudo de coorte, prospectivo, de caráter quantitativo, realizado no período de fevereiro a setembro de 2016, sendo utilizado os dados de 90 pessoas acima de 18 anos, cujos dados foram coletados através da obtenção de medidas antropométricas e resposta a questionário à pessoas praticantes de exercício físico de uma academia do Município de Erechim/RS. Os participantes foram pessoas praticantes de exercício físico e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e

<sup>1</sup> Diplomado pelo Curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim.

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim.

<sup>3</sup> Educadora Física; Mestre em Ciências do Movimento.

<sup>4</sup> Enfermeiro, Mestre em Envelhecimento humano pela UPF, Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim.

<sup>5</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim.

<sup>6</sup> Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pela UFSC, Doutor em Ciências da Saúde pela UNESC, Professor do Curso de Graduação Em Enfermagem da URI Erechim.

esclarecido e o projeto foi aprovado pelo CEP através do CAAE 47340115.8.0000.5351. **RESULTADOS:** O grupo foi constituído por 90 pessoas 64,44% mulheres e 46,66% homens. A média da idade foi  $42,49 \pm 17,24$  anos. Carga horária semanal média de atividade física  $3,08 \pm 0,55$ ; média da duração da sessão  $1,42 \pm 0,50$ ; período de tempo médio de prática  $2,6 \pm 1,03$  anos. Quanto a ocupação, 41% possuem atividade remunerada formal e 30% não exercem atividade de trabalho formal; 67,77% nunca fumou; 15,55% são fumantes e 16,66% declararam-se ex-fumantes; 78,7% consomem frituras frequentemente. Há diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,004$ ) para a pressão sistólica assim como para a pressão diastólica ( $p < 0,002$ ) na comparação das medidas antes e após o exercício, não havendo significância estatística da frequência cardíaca antes e após o exercício físico. A média da CA foi  $88,09 \pm 13,24$  centímetros (cm). Entre as mulheres, 51,1% apresentaram medidas da CA normais e 48,9% valores elevados. Para os homens, 52,4% apresentaram valores normais e 47,6% acima do normal. Quanto ao IMC, 1,1% foram classificados com baixo peso, 39,3% com peso normal, 50,6% acima do peso, 7,9% obesidade grau I, 1,1% obesidade grau II ou mórbida. Referem apresentar dor crônica  $2,34 \pm 0,87\%$ ; HAS  $2,03 \pm 0,48\%$ ; DM  $2,07 \pm 0,42\%$ ; DCV  $0,36 \pm 2,16\%$ ; hipercolesterolemia  $1,99 \pm 0,46\%$ ; triglicérides elevados  $1,98 \pm 0,47\%$ . Quanto ao grau de escolaridade formal, 18,88% possuem nível superior completo, 24,44% superior incompleto e 34,44% ensino médio e os demais 21,11% com ensino fundamental. Em relação ao tabagismo 67,77% nunca fumou, 15,55% são fumantes e o mesmo percentual é constituído de ex-fumantes (gráfico II). No que se refere à ingestão de bebidas alcoólicas, 45,5% declara beber socialmente, 47,77% não bebe e 6,66% parou de beber. Declaram-se portadores de doenças crônicas 11,11% e 13,33% este agravo à saúde está sob investigação. **CONCLUSÕES:** No estudo atual encontramos mais de 50% acima do peso ou obesos. Observou-se componentes da síndrome metabólica, determinada CA (acima de 50%) e no RCQ 18,20% dos homens e 40% das mulheres mostraram medidas acima das consideradas adequadas. Para estes participantes existe risco ou alto risco para o desenvolvimento de doença cardiovascular. Entendido como um componente da prevenção ou do tratamento, o exercício físico deve ser seguido segundo protocolos já estabelecidos e se estes critérios forem alterados, profissionais e praticantes, possivelmente não obtenham resultados semelhantes aos descritos nos ensaios. O exercício físico poderia ser utilizado como estratégia para a promoção da saúde, assim como para a recuperação em algumas doenças. Para este fim são necessários profissionais qualificados e as ações podem ser direcionadas para indivíduos ou para coletivos e desta forma se entende que a população seria ficaria menos exposta a alguns riscos devidos ao comportamento e atitudes. Todas as ações devem considerar as condições econômicas, políticas e ambientais e estas estratégias de intervenção necessitam de ser avaliadas quanto aos resultados esperados.

**Palavras-chave:** Doenças cardiovasculares, treinamento de resistência, Análise quantitativa.

#### REFERÊNCIAS:

- BOULE NG, HADDAD E, KENNY GP, WELLS GA, SIGAL RJ. **Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus a meta-analysis of controlled clinical trials.** JAMA 2001;286:11–15.
- CLARKE PM, WALTER SJ, HAYEN A, MALLON WJ, HEIJMANS J, STUDDERT DM. **Survival of the fittest: retrospective cohort study of the longevity of Olympic medallists in the modern era.** BMJ 2012;8308:1–8.
- DEATON, C. et al. The global burden of cardiovascular disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10 Suppl 2, S5–S13, 2011.
- EZZATI, M; RIBOLI, E. **Behavioral and Dietary Risk Factors for Noncommunicable Diseases.** The new England Journal of Medicine. nengl j med, v.369, , n.10, nejm.org september 5, 2013.
- KOKKINOS P, MYERS J, FASELIS C, PANAGIOTAKOS DB, DOUMAS M, PITTARAS A, MANOLIS A, KOKKINOS JP, KARASIK P, GREENBERG M, PAPADEMETRIOUV, FLETCHER R. **Exercise capacity and mortality in older men: a 20-year follow-up study.** Circulation 2010;122:790–797.
- LAURIN D, VERREAULT R, LINDSAY J, MACPHERSON K, ROCKWOOD K. **Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons.** Arch Neurol 2001;58: 498–504
- LAWLER PR, FILION KB, EISENBERG MJ. **Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.** Am Heart J 2011;162:571–584.e2.

- LIM, S. S. et al. **A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.** *Lancet*, n.15, v.380(9859), p.2224-2260, December, 2012.
- PESCATELLO LS, FRANKLIN BA, FAGARD R, FARQUHAR WB, KELLEY GA, RAY CA. **Exercise and Hypertension.** *Med Sci Sports Exerc* 2004;36:533–553.
- SHIRAYAMA Y, CHEN AC, NAKAGAWA S, RUSSELL DS, DUMAN RS. **Brain-derived neurotrophic factor produces antidepressant effects in behavioral models of depression.** *J Neurosci.* v.22:3251–3261, 2002.
- TANASESCU M, LEITZMANN MF, RIMM EB, WILLETTW, STAMPFER MJ, HU FB. **Exercise type and intensity in relation to coronary heart disease in men.** *JAMA* 2002;288: 1994–2000.
- YATSUYA H, LI Y, HILAWA EH, OTA A, WANG C, CHIANG C, ZHANGY, UEMURA M, OSAKO A, OZAKI Y, AOYAMA. **A Global trend in overweight and obesity and its association with cardiovascular disease incidence.** *Circ J* 2014;78:2807–2818.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity.** WHO Technical Report Series nº 894. Geneva, Switzerland: WHO, 2000.

## SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE HIGIENIZAÇÃO/LIMPEZA HOSPITALAR: RELATO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL (PIP) COM BASE NA TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE

BINI, V.B.<sup>1</sup>; MEDEIROS, R.M.<sup>2</sup>

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde  
 Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** Florence Nightingale afirmava que o meio ambiente propicia formas de prevenção e contribui para a saúde ou para a doença do paciente, sendo papel da enfermeira atentar para os seguintes fatores: o arejamento, conservando o ar ambiente tão puro quanto o ar externo, o qual deve entrar pela janela livre de contaminações, tais como mofo ou odores, sendo que o melhor horário para que isso aconteça é no período da noite, momento em que há silêncio e ausência de fumaça, atentando ainda para o aquecimento, iluminação, limpeza, ruído ambiental, higiene pessoal, entre outros; abrangendo ainda como fator determinante do meio ambiente a limpeza dos quartos e paredes, bem como a limpeza das roupas de cama, mantendo-os livre de sujidade e de umidade. Se algum dos itens citados estiver em desequilíbrio, o paciente dispensará mais energia para contrabalançar o estresse ambiental, retirando a energia que seria dispensada para sua cura (BRAGA; SILVA, 2011). Diante do que Florence acreditava, o cuidado de enfermagem consistia tanto a pacientes doentes, quanto a pacientes sadios, assim, estabeleceu-se a tríade de cuidar- educar e pesquisar abordando as ações coesas presentes na enfermagem, a qual se volta para o “emprego apropriado de ar puro, luz, calor, limpeza, quietude e a adequada escolha e administração da dieta – tudo com o mínimo gasto possível da força vital do paciente” (FABIANI et al., 2009). Com o passar dos anos a enfermagem vem evoluindo, possibilitando que antigos costumes sejam aperfeiçoados de acordo com a necessidade apresentada pelo paciente, ou pela instituição, estando em constante crescimento diário, fazendo com que a enfermagem seja compreendida como uma profissão indispensável ao cuidar do paciente/sociedade (CAVALCANTI et al., 2017). A escolha do tema se estabeleceu diante da percepção da importância de manter o ambiente limpo, arejado e com ar puro para a melhora da saúde do paciente hospitalizado. O Projeto de Intervenção Profissional aqui descrito tem o intuito de intervir na criação de uma sistematização para o processo de limpeza/higienização de um hospital privado, com o objetivo de promover o bem-estar físico, mental e psicossocial aos pacientes hospitalizados.

**OBJETIVOS:** O geral visa estabelecer um cronograma diário de atividade na área de limpeza/higienização, para que os profissionais possam seguir durante sua jornada de trabalho. Os objetivos específicos: buscam oferecer estratégias na organização para melhorar a maneira de gerar conforto, higiene e limpeza nas instalações hospitalares; averiguar se a implantação de uma rotina hospitalar na área de higienização auxilia na promoção e reabilitação da saúde conforme o modelo de Florence e promover o acompanhamento do trabalho desenvolvido juntamente com a presença da enfermeira responsável pelo setor.

**METODOLOGIA:** Trata-se de um relato da aplicação de um Projeto de Intervenção Profissional (PIP), desenvolvido no 8º semestre, que integra a matriz curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, o qual utilizou como embasamento científico e teórico a Teoria Ambientalista de Florence Nightingale. O PIP será aplicado em um hospital privado de pequeno porte situado na região norte do Estado do Rio Grande do Sul, no município de Estação/RS e contará com a participação dos funcionários do setor de limpeza/higienização da instituição, dos turnos matutino e vespertino. A aplicação do PIP está embasada na Resolução nº 510/2016 do CNS, por tratar-se de estudo desenvolvido dentro da disciplina Projeto de Intervenção Profissional.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A teoria de Florence tem como base o humanismo e o cuidado de enfermagem ao ser humano e sua inter-relação com os ambientes social, político e ecológico, refletindo o pensamento e fundamentando o desenvolvimento do conhecimento, orientado às práticas de enfermagem, enfatizando a saúde, a enfermagem, o ambiente e a pessoa, sendo a teoria Ambientalista de Florence a que marcou o princípio da enfermagem moderna, assumindo um paradigma científico e caracterizando-se como seu principal enfoque o controle do ambiente sobre o indivíduo, família e comunidade, a qual se respalda na influência

<sup>1</sup> Acadêmica do 8º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim.

<sup>2</sup> Orientadora do projeto. Coordenadora e docente do curso de Graduação em Enfermagem da URI Câmpus de Erechim e titular da disciplina Projeto de Intervenção Profissional (PIP). Doutora em Educação (UNISINOS), Mestre em Educação (UFRGS).

do ambiente sobre o ser humano (BRAGA; SILVA, 2011). O plano de ação do Projeto de Intervenção Profissional visa atualizar e capacitar dentro da educação continuada em saúde os funcionários do setor de limpeza/higienização do hospital referido em suas respectivas tarefas, para que as mesmas sejam desenvolvidas com êxito e eficiência, atendendo as expectativas dos pacientes e da instituição, visando o cuidado com o ser humano, articulando as atividades a serem desenvolvidas com os ambientes sociais, políticos e ecológicos. Para tal tarefa, foi desenvolvido um plano de ações, que inclui: - realizar uma breve reunião com todos os funcionários do setor de limpeza/higienização, para que seja colocada em pauta as “falhas” que a equipe vem apresentando; - estabelecer junto à equipe uma rotina diária; - apresentar a equipe um cronograma de atividades diárias a serem desenvolvidas, voltadas para melhorar a higiene e limpeza do ambiente, para que a equipe possa seguir durante seu turno de trabalho, desenvolvendo as tarefas ali descritas, não deixando de atender as intercorrências do dia- a- dia, proporcionando melhor conforto e bem estar ao paciente; - apresentar um cronograma mensal a ser seguido, com tarefas específicas a serem realizadas em dias alternados, como a escolha de uma acomodação/quarto por semana para que seja realizada a limpeza/lavagem das paredes; - sugerir para que a instituição disponibilize uma profissional de higiene/limpeza abrangendo o turno da noite até as 23 horas, devido as altas hospitalares aplicadas após as 19 horas; - realizar treinamentos com a equipe de higiene/limpeza para que sigam a correta utilização de produtos de limpeza e equipamentos, juntamente com a adequada utilização dos EPI’s, abordando a prevenção contra os acidentes, garantindo uma higienização eficaz e de qualidade; e - avaliar a iniciativa e postura do profissional da higienização/limpeza diante das tarefas solicitadas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Espera-se que com a implantação de uma sistematização do processo de limpeza/higienização na instituição ocorra sensível melhora, contribuindo assim, para um período de hospitalização e permanência de pacientes e familiares com mais conforto, garantindo um ambiente favorável à sua recuperação, evitando a presença de fatores estressantes em seu meio, dispensando sua energia vital somente para a cura, a fim de melhorar todos os aspectos preconizados pela teoria.

**Palavras-chave:** Teoria de Enfermagem; Ambiente; Higienização; Saúde; Enfermagem.

**REFERÊNCIA:**

BRAGA, C.G.; SILVA, J.V. **Teorias de enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2011.

CAVALCANTI, M.C.S. et al. **A evolução da enfermagem: um recorte histórico, político e cultural**.

Disponível em:

<<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I53331.E12.T10220.D8AP.pdf>>.

Acesso em: 03 de Setembro de 2017.

FABIANI, B.L. et al. **A Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: reflexos nas práticas de cuidado na atualidade**. Fortaleza: 2009.

Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/00900.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00900.pdf)>. Acesso em: 10 de Setembro de 2017.

## SÍFILIS NA GESTAÇÃO

BERNARDI, D. L.<sup>1</sup>; BIDEL, R. M. R.<sup>2</sup>; KESSLER, F. F.<sup>3</sup>; OLDRA, D. P.<sup>4</sup>; TERRES, I. S.<sup>5</sup>; TAMAGNO, D. A.<sup>6</sup>

### Epidemiologia e Processo Saúde-Doença

**Introdução:** A sífilis é uma infecção crônica que tem como agente etiológico o *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), uma bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas de alta patogenicidade. É uma doença que se apresenta como um desafio à saúde pública em todo o mundo, pois pode evoluir cronicamente com consequências irreversíveis em longo prazo (BRASIL, 2016). **Objetivo:** Esse estudo de revisão teve como objetivo destacar a importância da sífilis como uma das doenças de maior prevalência na transmissão vertical, junto com uma variabilidade de apresentações, e consequentemente o tratamento. **Metodologia:** O presente estudo foi de abordagem qualitativa, descritiva através da revisão de literatura de artigos referentes a doença infecciosa. **Resultados e discussão:** A sífilis é transmitida pelo contato sexual através de lesão infecciosa em mucosa ou pele desgastada ou por meio da placenta de uma gestante, transmissão vertical, resultando muitas vezes, em graves danos para o feto ou para a criança (OMS, 2013; BRASIL, 2016). As manifestações clínicas em adultos apresentam-se como uma pequena mácula a qual se transforma em pápula e úlcera e se não devidamente tratadas, evoluem para sífilis primária, sífilis secundária, sífilis latente (recente até um ano após exposição e tardia com mais de um ano de evolução) e sífilis terciária (OMS, 2013). A gestação é definida por mudanças no corpo feminino. É um acontecimento que demanda um conjunto de ações a serem desenvolvidas pelo setor da saúde desde o pré-natal até o momento do parto (BRASIL, 2016 b). Nas gestantes a sífilis é um fator de extremo cuidado. A sífilis congênita (SC) pode ser um agravo evitável quando as medidas recomendadas são aplicadas. O Ministério da Saúde (MS) relata que o ressurgimento da doença, evidencia falhas, da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da sífilis em gestantes e suas parcerias são medidas simples e efetivas na prevenção (BRASIL, 2014). Conforme a Estratégia global para o setor da saúde relativa a infecções sexualmente transmissíveis (IST) 2016-2021, a sífilis gestacional (SG) causa em torno de 305 mil mortes fetais e neonatais por dia e coloca em perigo 215 mil lactentes por prematuridade, baixo peso e, por conseguinte risco de morte (OMS, 2017). Com o intuito de obter um acolhimento mais humanizado na rede de serviços de saúde, o Governo Federal em 2011, investe com a Rede Cegonha, uma estratégia que visa implementar uma organização dos cuidados, para assegurar às mulheres e crianças, o direito à atenção integral durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014). Essa implementação do cuidado, inseriu na Atenção Básica os testes rápidos para diagnóstico de sífilis, sendo que este deve estar sob a responsabilidade de profissionais capacitados nas unidades de saúde, compondo a proposta de qualificação da atenção pré-natal (DAMASCENO, 2014). A gestante diagnosticada com sífilis deve ser imediatamente tratada, assim como seu parceiro e a medida mais efetiva de controle da infecção consiste no cumprimento das recomendações presentes no Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco e Protocolo clínico de diretrizes terapêuticas para a atenção integral às pessoas com IST (2015). É importante observar que a terapêutica adequada e a adesão ao tratamento são fatores que impedem a elevação das complicações ou SC, consideradas marcadores epidemiológicos que representam a imagem da falta de qualidade assistencial em saúde (DALLÉ, 2017; DUARTE, 2012). No

<sup>1</sup> Acadêmica do 4º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI Erechim. Membro do Grupo de estudos em temática de gênero: Mulheres; etnia; educação; saúde; e trabalho – GMEEST, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>3</sup> Acadêmica do 4º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim

<sup>4</sup> Acadêmica do 4º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim

<sup>5</sup> Acadêmica do 4º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim

<sup>6</sup> Acadêmica do 4º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim

entanto, mesmo que se possuam modos de evitar a transmissão vertical (TV) da Sífilis na atenção básica como, preservativos e orientações educativas, ainda persistem fatores que dificultam o acesso aos serviços e que são de ordem cultural, de gestão, individual e até de comprometimento da equipe no serviço de saúde contribuindo assim, para o aumento dos casos da doença. Os dados do Boletim Epidemiológico de 2016 apontam que a sífilis adquirida teve um aumento de 32,7%, a SG 20,9% e congênita, de 19%, entre os anos de 2014 e 2015. Nas gestantes, em 2015, a taxa de detecção da sífilis foi de 11,2 casos de sífilis a cada 1.000 nascidos vivos, num total de 33.365 casos da doença. A notificação e vigilância de agravos são imprescindíveis para o monitoramento e eliminação da TV da sífilis que é doença de notificação compulsória e deve ser registrada no SINAN, através do preenchimento da Ficha de Notificação e de investigação enviadas à vigilância epidemiológica. De acordo com o MS, existem duas categorizações para as formas clínicas da sífilis adquirida: a primeira que atenta para o tempo de infecção, classificada em Sífilis adquirida recente (com menos de um ano de evolução) e Sífilis adquirida tardia (com mais de um ano de evolução) e a segunda, considera a exibição clínica sendo ordenada como sífilis primária, secundária, latente e tardia ou terciária a sífilis adquirida (BRASIL, 2015c). A maior frequência da transmissão de Sífilis de gestantes para o feto, segundo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, é intrauterina atingindo taxa de transmissão de até 80%, podendo também ocorrer durante a passagem do feto pelo canal do parto ou após os dois anos de vida da criança (BRASIL, 2015b). Desta forma, é importante que todos os recém-nascidos realizem exame para sífilis independentemente do exame realizado pela mãe. Cabe à atenção básica, dar orientação sobre os riscos relacionados à sífilis, reforçando que é uma doença de transmissão sexual, que acomete homens e mulheres, conscientizando para práticas de sexo seguro. Segundo dados do SINAN, o número de casos diagnosticados de SG no RS no período de 2010 a junho de 2015, foi de 6,564. No período de 2010-2015, a concentração maior de casos se apresentou em Porto Alegre, correspondendo a 26,8% dos casos notificados. Dados de 2013 mostram que a taxa de detecção dos casos de SG no RS foi 9,4/1000 nascidos vivos sendo que no Brasil foram 7,4/1000 nascidos vivos. Em relação aos casos notificados segundo município de residência, destaca-se Porto Alegre com um total de 1254 casos, Canoas com 477 e Caxias do Sul com 366 casos. A maioria das gestantes diagnosticadas com SG tem de 20 a 29 anos (50,7%) (RIO GRANDE DO SUL, 2015). Conclusão: Ainda que a sífilis apresente tratamento e diagnósticos simplificados e de baixo custo, pode-se concluir que conter a doença é desafio para gestores e profissionais da saúde. No entanto, rastrear a sífilis e monitorar constantemente os casos de SG e de SC, por meio do sistema de vigilância, é essencial para que se cumpram os objetivos propostos de eliminação da sífilis congênita estabelecidos pela OPAS e pela OMS. Portanto, a consciência dos profissionais da saúde em realizarem um pré-natal de qualidade cumprindo as normas preconizadas pelo MS em relação às metas de eliminação da infecção, é de relevância na interrupção da cadeia de transmissão da sífilis.

**Palavras-chave:** Sífilis; Gestação; Transmissão Vertical; Atenção Básica;

#### REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (a)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. 1. Ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 773 p.(b)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (c)
- DALLÉ, Jéssica. **Sífilis em gestantes e o tratamento do parceiro sexual**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Porto Alegre, BR-RS, 2017.
- DAMASCENO, A. B.A.et al.Sífilis na gravidez.**Revista HUPE**, Rio de Janeiro, 2014;13(3):88-94 v.13, n. 3, jul/set 2014
- DUARTE, Geraldo. Sífilis e gravidez... E a história continua. **Revista BrasGinecol Obstet**. 2012; 34(2):49-51

**GUIA DE BOLSO PARA MANEJO DA SÍFILIS EM GESTANTES E SÍFILIS CONGÊNITA.** Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de referência e treinamento DST/AIDS. São Paulo: Secretaria do estado da saúde, 2016.

**GRUPO DE INCENTIVO A VIDA. DST: Sífilis e Sífilis Congênita.** Disponível em:

<<http://giv.org.br/DST/S%C3%ADfilis/index.html>> Acesso em: 10 set 2017

**HERRMANN, Angelita, et. al. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro:** Ministério da Saúde. Disponível em:

<[http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia\\_PreNatal.pdf](http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2017.

**MACHADO, Bianca Luisa; TERRA, Márcia Regina A sífilis na gestação: uma problemática atual.** Disponível em: <[https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol\\_47\\_1483204794.pdf](https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_47_1483204794.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2017.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Ação nacional de combate à sífilis. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/26105-ministerio-da-saude-lanca-acao-nacional-de-combate-a-sifilis>>. Acesso em: 10 set. 2017.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de Vigilância em Saúde:** Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 773 p. Disponível em:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/25/GVS-online.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2017.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sífilis na Gravidez- Trate com Carinho.** Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/114programa\\_dst.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/114programa_dst.pdf) Acesso em: 10 set 2017

**OMS. Estratégia global para o sector da saúde relativa a infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021:** quadro de execução para a região. 2017. Disponível em:

<[http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-08/AFR-RC67-7-Estrat%C3%A9gia%20Global%20Sector%20da%20Sa%C3%BAde%20Relativa%20Infec%C3%A7%C3%B5es%20Sexualmente%20Transmiss%C3%ADveis\\_0.pdf](http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-08/AFR-RC67-7-Estrat%C3%A9gia%20Global%20Sector%20da%20Sa%C3%BAde%20Relativa%20Infec%C3%A7%C3%B5es%20Sexualmente%20Transmiss%C3%ADveis_0.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2017.

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana,** 2013. Disponível em:

<[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85343/7/9789241505840\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85343/7/9789241505840_por.pdf)>

Acesso em: 10 set 2017

**PROTOCOLO de investigação de transmissão vertical ministério da saúde Brasil 2014.** Diretrizes para constituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/22103101-5-3-8-comite-tv.pdf>> Acesso em: 10 set. 2017.

**SÍFILIS congênita e sífilis na gestação.** Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 768-772, Ago, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000400026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400026&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 set. 2017.

## SUICÍDIO: QUAL O IMPACTO QUE O TEMA CAUSA NAS PESSOAS?

DE MORAES, L. A.<sup>1</sup>; FANTINI, A.<sup>2</sup>; ZIN, L.<sup>3</sup>; CANTELE, A. B.<sup>4</sup>

Desenvolvimento Humano, Saúde e Educação

Introdução: “Não é agradável falar sobre quem se matou ou tentou se matar. Por dia 32 brasileiros tiram a própria vida. Quase 1 milhão de pessoas se matam por ano, uma a cada 40 segundos” (SZLARZ et al., 2017). Esse problema de saúde pública conta não apenas com uma causa, mas /é resultado da interação de vários fatores entre eles, biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. A maioria das pessoas que comete o suicídio possui um transtorno mental diagnosticado dentre eles: depressão, esquizofrenia, alcoolismo transtorno de personalidade; além de doenças físicas como câncer e HIV, geralmente no período de diagnóstico e quando as limitações passam a interferir diretamente na vida da pessoa (OMS, 2000). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2016), homens tiram a própria vida mais do que mulheres, porém essas fazem mais tentativas, o suicídio é a principal causa de morte dentre jovens de 15 e 29 anos e idosos acima de 75 anos, divorciados, viúvos e solteiros correm maior risco de cometer suicídio, além disso, o desemprego está diretamente associado às tentativas de tirar a própria vida. As principais características de pessoas com predisposição suicida é a ambivalência, vontade de viver associada ao desejo de morrer; impulsividade geralmente desencadeada por eventos negativos do cotidiano; rigidez, quando o suicídio é visto como a única saída dos problemas de vida. Conforme a Organização Mundial da Saúde (2000), a maioria das pessoas com ideação suicida envia sinais diretos ou indiretos a respeito da intenção de tirar a própria vida, mediante essas evidências é importante que a pessoa nunca fique sem monitoramento, que realize o tratamento correto até que os sintomas sejam reduzidos e que seja afastada de todos os fatores de risco que podem levar a efetividade do ato suicida. Por ser um estigma as pessoas que planejam ou já tentaram cometer o suicídio ficam caladas e por inúmeras vezes com receio de buscar ajuda por medo de serem excluídas da sociedade e tornarem-se vítimas da rejeição de sua própria família e amigos (OPAS/OMS, 2016). O suicídio não é divulgado devido aos indicadores de que sua discussão pode influenciar o surgimento de novos casos, além de que expõe a pessoa que efetivou o ato, bem como sua família e pessoas próximas (SZLARZ et. al., 2017). Segundo Videbeck (2012, p.322), “A maioria dos suicídios são esforços para escapar de situações insustentáveis”. A prevenção do suicídio é difícil, por ser multifatorial é necessária a atenção integral do indivíduo. Diminuir fatores estressores bem como a solidão e tratar sintomas depressivos, reduzem as chances da pessoa efetivar o ato suicida (VIDEBECK, 2012). Objetivo: discutir sobre o impacto que o tema suicídio causa nas pessoas. Metodologia: Relato de experiência, realizado por acadêmicos do 4º semestre, da turma 2016 do curso de graduação em Enfermagem da URI-Erechim, sob orientação da professora da disciplina de enfermagem psiquiátrica através de uma atividade alusiva a semana de prevenção ao suicídio, no dia 11 de setembro de 2017. Teve como local as dependências da universidade, mais especificamente, turmas da área da saúde, e salas administrativas. Utilizou-se cartazes de cor amarela, onde foram escritos dados relevantes referentes ao suicídio e setembro amarelo, continham também laços de cor amarela em cada um deles, símbolo do setembro amarelo, mês de prevenção ao suicídio. Todos os alunos estavam vestidos com camisas, camisetas ou blusas de cor amarela e levavam em suas mãos balões amarelos. Utilizou-se o método de observação das reações apresentadas, e após as mesmas foram listadas. Resultados e Discussões: Obteve-se por meio da realização da atividade, diversas reações acerca do assunto. Uma delas foi que a receptividade ao falar do assunto foi muito positiva, percebeu-se que as pessoas por mais que tenham medo de falar sobre o assunto são prestativas e auxiliam

<sup>1</sup> Acadêmica do quarto semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim.

<sup>2</sup> Acadêmica do quarto semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem– GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde. Bolsista do projeto de pesquisa no PIIC/URI.

<sup>3</sup> Acadêmica do quarto semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Bolsista CNPQ.

<sup>4</sup> Enfermeira. Graduada pela Universidade de Passo Fundo - RS. Pós-graduada em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem, Santa Maria - RS. Título de Especialista em Enfermagem Oncológica pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica – SBEO. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Erechim - RS. Integrante do grupo de estudo em saúde e enfermagem (GESE/URI).

na divulgação do suicídio, que se tornou um tabu social. O Programa de Prevenção do Suicídio (PPS), em sua coletividade, procura modificar o olhar preconceituoso sobre o suicídio, requerendo uma ampla e aberta discussão as quais gerem ações que levem a sua prevenção. A atividade busca gerar discussões acerca do assunto auxiliando na prevenção de novos casos e identificação de sinais suicidas, influenciando na busca de ajuda para diminuir índices do suicídio. Mesmo na ausência de comportamentos suicidas, a prevenção em sua seleção atua com os grupos de maior vulnerabilidade social (CONTE et al., 2012). Outro fator observado foi que a discussão sobre o assunto gera nos indivíduos uma oportunidade de refletir sobre o tema suicídio, pois muitos ficavam pensativos, demonstrando buscar sinais nas pessoas com quem convivem, talvez pedidos de ajuda, que tenham surgido em algum momento, por alguém que conheciam, a respeito de fatores negativos do cotidiano podendo contribuir para a tentativa de acabar com a própria vida. As reações acerca da questão suicídio são relacionadas ao modo como as pessoas enfrentam a questão da morte, seja ela natural ou “violenta”. Com a mesma importância que se cuida de outras doenças, faz-se necessário cuidar das doenças mentais, sendo assim, 90% dos suicídios poderiam ser evitados (SZLARZ et al., 2017). Observou-se que diversas pessoas se sentiram constrangidas ao falar do tema, temendo que o assunto possa contribuir para que mais pessoas cometam o suicídio; outras pessoas ficaram indiferentes ao tema ou acharam o mesmo engraçado, por medo ou por dificuldade de expressar seus sentimentos acerca do assunto. Por meio desse dado alarmante é que vale a pena discutir o assunto e contribuir para que o número de casos evitados seja maior. Os adolescentes são os mais vulneráveis a tentarem o suicídio, em especial por não saberem agir frente a fatores estressantes do cotidiano, agindo por impulso são mais propensos cometerem atentados contra a própria vida sem pensar em outros meios para enfrentar seus problemas (SZLARZ et al., 2017). Segundo a OMS (2000), faz-se necessário ampliar o olhar para os fatores que contribuem para que doenças psíquicas surjam, pois, se estas doenças são tratadas com igual ênfase da doença física as chances de melhora do quadro são elevadas. Outra observação realizada foi que diversas pessoas pararam para ler o que traziam os cartazes. Compromisso, sensibilidade, empatia, compaixão, conhecimento, preocupação com o ser humano integral e a crença de que a vida vale a pena são sinônimos que os profissionais da saúde devem considerar para salvar vidas (OMS, 2000). Conclusão: Conclui-se por meio do trabalho realizado que o estigma sobre o suicídio é o principal fator que faz com que o mesmo não seja discutido. O medo de que sua abordagem influencie no surgimento de novos casos faz com que a divulgação de casos efetivados seja restrita, que a prevenção por meio disso seja ineficiente e que ajuda não seja buscada. Entende-se que os casos que poderiam ser evitados acabam sendo mais um número na epidemiologia do suicídio. Enfim, a saúde mental interfere diretamente na qualidade de vida e no processo de adoecimento físico e psicológico.

**Palavras-chave:** Suicídio. Transtornos Mentais. Índices. Tabu.

#### REFERÊNCIAS:

CONTE, M et.al. Programa de Prevenção ao Suicídio: Estudo de caso em um município do sul do Brasil. São Paulo: **ciência & saúde coletiva**, 2012.

OPA/OMS. **Grave problema de saúde pública, suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo.** Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5221:grave-problema-de-saude-publica-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5221:grave-problema-de-saude-publica-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo&Itemid=839). Acesso em: 09 out. 2017.

OMS. **Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** Genebra, 2000.

SZLARZ, E.; HUECK, K.; CARBONARI, P. **Suicídio: sim, o melhor é falar sobre o suicídio.** Rio de Janeiro: Superinteressante, 2017.

VIDEBECK, S.L. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

## **TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS EM AMBIENTE HOSPITALAR NA VISÃO DO ENFERMEIRO<sup>1</sup>**

NUNES, Lutiele V.<sup>2</sup>; CANTELE, Adriana B.<sup>3</sup>

Introdução: A Terapia Assistida por Animais colabora significativamente com intervenções terapêuticas havendo conhecimento, planejamento, organização operacional fundamentada e execução bem-sucedida. Neste trabalho é apresentado a descrição do entendimento por profissionais enfermeiros sobre o assunto. A cada dia cresce mais a procura pelo melhor atendimento aos pacientes, respeitando sua individualidade e tornando a estadia agradável fazendo com que adiram ao tratamento indicado, esta adesão é extremamente importante para que se alcance êxito na cura ou melhora do doente. Os profissionais da área da saúde unem esforços no intuito de alcançar este objetivo em conjunto com os familiares do paciente. Sendo assim surgem diariamente inúmeras terapias complementares para tornar possível esta humanização, e, dentro deste contexto entra a Terapia Assistida por Animais (CRIPPA; FEIJÓ, 2014). Recentemente a terapia com animais ganhou adeptos no Brasil, quando Hannelore Fuchs começou a trabalhar com os mesmos tendo como objetivo a interação do animal com crianças, jovens e adultos dentro de hospitais e instituições (PLETSCH, 2010). Segundo Dotti (2005), inúmeros são os benefícios da TAA, dentre eles a melhora do sistema imunológico, enfrentamentos do luto, melhora da memória, concentração, aprendizagem e socialização, diminuição do nível de estresse, favorece a comunicação, melhora a capacidade motora, cognitiva e sensorial. O protocolo para a TAA é baseado em estudos científicos, ajudando a realização de novos programas de implantação, já que são poucas publicações nacionais. A ANVISA não possui legislação vigente para a presença de animais em instituições de saúde (SILVEIRA et al., 2011). Os animais devem estar limpos, sadios com vacinação e vermifugação em dia, possuir exames negativos para parasitoses e ácaros, realizar visitas periódicas ao veterinário, não ingerir carne crua ou leites não pasteurizados e não ter perda excessiva de pelos. Fêmeas no cio e aqueles com comportamento agressivo, dificuldades em receber treinamento e antissociais são excluídos (OLIVA, 2004). Diante de inúmeros estudos que comprovam as dificuldades e transtornos gerados em pacientes que necessitam de internação hospitalar, sabe-se que a equipe de enfermagem tem o papel de promover o acolhimento do paciente gerando o menor estresse possível, realizando assim uma permanência mais humanizada, podendo se utilizar da TAA. Objetivo: compreender a percepção do enfermeiro frente à implantação da TAA em ambiente hospitalar. Metodologia: Tratou-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da URI Erechim. Os participantes deste estudo envolveram profissionais enfermeiros de ambos os sexos do turno diurno de unidades abertas em instituição de saúde privada de um município ao norte do Rio Grande do Sul. Foi realizada no período de março a dezembro de 2016, através de uma entrevista semiestruturada e gravador de áudio como apoio ao registro das questões. As respostas gravadas foram transcritas na íntegra, e após leitura fluente foram analisadas e classificadas em categorias de acordo com a análise temática de conteúdo de Minayo. Resultados e Discussões: O grupo estudado foi composto por 8 profissionais enfermeiros sendo 1 do sexo masculino e 7 do sexo feminino. A faixa etária ficou entre 30 e 45 anos, com tempo de formação entre 3 e 15 anos e de atuação variando de 1 a 12 anos. A partir da análise das respostas criou-se sete categorias: Recuperação do paciente, Falta de conhecimento na área, Pacientes beneficiados, A equipe agradece, Capacitar é o caminho, Barreiras negativas na área médica e Inovação em tratamento. Na categoria recuperação do paciente, todos acreditam contribuir significativamente para a recuperação auxiliando aos tratamentos convencionais, proporciona bem-estar e deixa o ambiente aconchegante, palavras em relação aos animais como amor, carinho e alegria foram mencionadas. Nightingale (1960, apud CHELINI; OTTA, 2015 p.51) na sua principal obra literária *Notes on Nursing*, já afirmava os benefícios de usar animais como companhia para pacientes, principalmente para aqueles que sofriam de doenças crônicas, ainda defendia que pequenos animais eram ótimas companhias para pessoas doentes. Na segunda categoria: falta de conhecimento na área, todos os entrevistados relataram não conhecer ou ter pouco conhecimento sobre o assunto. Pacientes beneficiados foi a

<sup>1</sup> Parte integrante de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada das Missões e do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim.

<sup>2</sup> Enfermeira graduada no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões – URI Erechim.

<sup>3</sup> Enfermeira. Especialista. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

categoria que trouxe inúmeras vezes ser benéfico para a parte psicológica, porém, destacaram os setores: Oncologia, Pediatria, pacientes idosos e em pacientes que venham a ficar internados por um longo período. Diante disso, pesquisas científicas tem mostrado a eficiência do uso de animais em âmbito hospitalar para amenizar os desgastes físicos e mentais de uma internação. Lourenço (2003, apud VACCARI, 2007) fala de um trabalho realizado por enfermeiros, no qual cita o caso de uma criança hospitalizada que apresentava tristeza intensa. Foram realizadas inúmeras praticas para amenizar o quadro, todas sem sucesso e, como a mesma relatou querer brincar com um cachorro, providenciaram a visita de um cão ao hospital, desde então, a criança tornou-se mais alegre e participativa. Na equipe agradece surgiu a importância que a TAA é para a equipe de enfermagem. Segundo Schutz (2014), psicóloga e especialista em terapia cognitivo-comportamental e diretora da Pet Terapeuta em entrevista para o Jornal Zero Hora, relata que o ambiente muda já na chegada dos animais, além de deixar os enfermeiros mais sorridentes, os pacientes acabam inclusive acabam se mostrando mais tolerantes a dor. Ocorrendo assim uma quebra na barreira do estresse no local. Em capacitar é o caminho, a capacitação aos profissionais que atuariam frente a terapia seria a melhor solução segundo os entrevistados. É imprescindível que a equipe trabalhe em conjunto na terapia, que exista uma energia positiva, que se construa uma ligação direta entre equipe, cão e paciente desenvolvida afetivamente, emocionalmente ou intelectualmente, para que se tenha calor humano, empatia, e um contato mais próximo possível, caso contrário, a terapia não surtira o efeito desejado (DOTTI, 2005). Já em barreiras negativas da área médica emergiu restrições dos profissionais desta área quanto á prática. E a última categoria: inovação em tratamento, trouxe que ainda é algo novo, desconhecido. Conclusão: Durante o trabalho observou-se nos profissionais um conhecimento superficial do assunto, nada específico ou embasado, a visão de organização e acompanhamento da Terapia se demonstra quase nula se analisado de forma rígida quanto as opiniões expostas nas dissertações dos mesmos, de modo geral todos veem e apontam a pratica da TAA como uma visitação de um animal “fofo” em um ambiente necessitado de afeto, carisma e atenção, visão totalmente distorcida do que realmente se tem quando executada de forma correta, organizada e eficaz. Nota-se, porém, no geral que a TAA, contribui significativamente com os tratamentos convencionais, auxiliando na melhora e na qualidade de vida durante e após a internação hospitalar, embora, exista dificuldades por parte de alguns profissionais da área medica, muito provável pela falta de conhecimento da terapia. Propõe-se e salienta-se, uma real e gigantesca necessidade de pesquisas públicas, com âmbito geral tanto leiga ou profissional, com resultados e acompanhamentos de TAAs aplicadas e desenvolvidas em diversos campos de ação para tratamento de enfermos nas diversas áreas da saúde, existindo a necessidade de uma divulgação global, para maior conhecimento tanto para os profissionais quanto a população em geral. Tais pesquisas e estudos trariam maior embasamento para uma melhor organização e normatização da TAA que hoje em nosso país está estagnada devido a burocracia que ainda nem existe, mas já limita quaisquer tentativas de aplicação da mesma.

**Palavras-chave:** Terapia Assistida por Animais. Enfermeiros. Hospital. Humanização. Terapias Complementares.

#### REFERENCIAS:

- CHELLINI E OTTA. Terapia Assistida por Animais. São Paulo: Ed. Manole, 2016.
- CRIPPA, A. G. dos S. FEIJO. A. Atividade assistida por animais como alternativa complementar ao tratamento de pacientes: A busca por evidências científicas. **rev.latinoam.bioet.**, Bogotá , v. 14, n. 1, June 2014 . Disponível em:<[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165747022014000100002&lng=en&nrm=i](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165747022014000100002&lng=en&nrm=i)>. Acesso em 03 Abr. 2016.
- DOTTI, J. **Terapia e Animais**. 1. ed. São Paulo: Noética, 2005.
- OLIVA, V. N. L. S. **A terapia assistida por animais: o papel do Médico Veterinário**. Boletim Informativo-Nº35 - 2004 Disponível em: <<http://www.anclivepa-sp.org.br/rev35-01.htm>>. Acesso em: 08 março. 2016.
- PLETSH, P. Terapia com animais. 2010. Disponível em: <<http://www.equogenfidelis.org.br/files/artigos/TERAPIACOMANIMAIS.pdf>>. Acesso em: 07 de abril 2015.
- SILVEIRA, I. R.; SANTOS, N. C.; LINHARES, D. R. Protocolo do programa de assistência auxiliada por animais do hospital universitário. São Paulo- escola de Enfermagem, USP, v. 45, n. 1, p. 283-288, 2001. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/40.pdf>>. Acesso em 07 abril de 2015.
- SHULTS, K. Projetos de lei preveem permissão de entrada de animais em hospitais públicos. Jornal Zero Hora. Porto Alegre, 16 Abr. 2014. ZH Notícias. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2014/04/projetos-de-lei-preveem-permissao-de-entrada-de-animais->

[em-hospitais-publicos4476349.html#showNoticia](http://em-hospitais-publicos4476349.html#showNoticia) > Acesso em: 07 nov. 2016.

VACCARI, A. M. H., ALMEIDA F. de A. A importância da visita de animais de estimação na recuperação de crianças hospitalizadas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Enfermagem. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2007.

## TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO: RELATO DE UM ESTUDO DE CASO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

FILIIPIAK, N.I.<sup>1</sup>; BERGAMO, B.<sup>1</sup>; BANDURKA, J.<sup>1</sup>; PIGATTO, D.F.<sup>1</sup>; ZANELLA, M.<sup>1</sup>; DENTI, I.A.<sup>2</sup>

Área Temática: Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde

**INTRODUÇÃO:** O Traumatismo Cranioencefálico (TCE), segundo Gentile et al (2011), é causador de muitas consequências na saúde geral da população mundial, entrando em destaque tanto no fator de morbidade quanto na mortalidade uma vez que apresenta grande número de acidentes e mortes, representando de 15% a 20% das mortes em indivíduos em faixa etária de 5 e 35 anos e representando cerca de 1% da causa de morte em adultos. Classifica-se por uma lesão na cabeça que abrange o couro cabeludo, o crânio e/ou o cérebro, sendo as causas mais corriqueiras os acidentes de carro, agressões e quedas, onde o crânio sofre uma ação traumática gerando um sangramento cerebral e aumentando o volume e a pressão intracraniana, pois o crânio é uma estrutura de ossos rígidos na qual não há espaço para expansão. Com a falta de espaço o sangramento pode comprimir estruturas do cérebro impedindo que recebam oxigenação adequada, levando a uma isquemia ou hipóxia cerebral (SMELTZER et al., 2014). **OBJETIVOS:** Descrever um estudo de caso de um paciente com TCE, destacando aspectos relevantes de sua patologia, bem como apresentar o Processo de Enfermagem elaborado para tal durante sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de um estudo de caso de cunho qualitativo, descritivo e exploratório, realizado no segundo semestre do ano de 2017 em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital ao norte do estado do Rio Grande do Sul. Segundo Minayo (2013), além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, o método qualitativo propicia a construção de novas abordagens durante a investigação, caracterizando-se pela empiria e sistematização de conhecimento até a compreensão do processo em estudo. A revisão de literatura acerca do TCE se deu por meio de pesquisa de artigos nas bases de dados Google e Lilacs utilizando-se do descritor Traumatismo Cranioencefálico, bem como pesquisas em bibliografias disponíveis na Biblioteca Virtual da URI. A coleta de dados do paciente em estudo se deu por meio da análise do prontuário do paciente, anamnese, exame físico, exames diagnósticos e conversas com a equipe de enfermagem da UTI. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O paciente em estudo deu entrada no Pronto Socorro, vítima de acidente de trabalho com trauma no crânio; apresentava dor de cabeça e nos ouvidos. Os sinais vitais estavam estáveis. Foi puncionado venoso, medicado e realizou RX e crânio. Após 30 minutos de sua chegada, começou a apresentar saturação abaixo de 70%, evoluindo para coma (Glasgow 3). Apresentava rinorragia e otorragia. Foi encaminhado para tomografia de crânio e em seguida foi realizada procedimento de craniotomia para remoção do coágulo visando a descompressão e instalação de dreno de sucção de sistema fechado Portovac. Após, internou na UTI permaneceu intubado com tubo 7,5 e colocado em ventilação mecânica (FiO<sub>2</sub> 50%, PEEP 6, saturando acima de 95%). Aos sinais vitais: temperatura 36,7°C; frequência cardíaca 90bpm filiforme; pressão arterial 180/112mmHg; frequência respiratória 16mm e peso aproximado de 90kg. No exame físico: couro cabeludo apresentando sutura na região occipital com dreno de sucção de sistema fechado Portovac, com aprox. 200ml de sangue drenado. Pupilas isocóricas, com miose e não fotorreagentes. Apresentava otorragia e rinorragia, Glasgow 3. Edema em região occipital. Tórax globoso e simétrico. Rede ganglionar axilar de aspecto normal. Abdômen aumentado de volume, distendido e sem presença de ruídos hidroaéreos. Região genital sem sujidades. Membros superiores com rede venosa visível e ausência de lesões. Membros inferiores apresentando leve edema e ausência de lesões. Eliminações vesicais através de sonda de demora do tipo Foley, aberta em Urupack com grande quantidade de drenagem e urina apresentando aspecto e cor característicos e eliminações intestinais em fralda. Raio X de tórax sem evidências de alterações e tomografia de crânio evidenciando hematoma em região extra dural de fossa posterior. Levantou-se como

**Diagnósticos de Enfermagem, segundo Herdman e Kamitsuru (2015):** risco de glicemia instável

<sup>1</sup> Acadêmicos do 8º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da URI Erechim.

<sup>2</sup> Enfermeiro. Orientador do presente trabalho. Docente no Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Câmpus de Erechim/RS. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. Mestre em Enfermagem pela UFSC.

relacionada com o estado de saúde físico e infecções; risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado aos mecanismos reguladores prejudicados; mobilidade no leito prejudicada relacionada à dificuldade de movimentação independente; mobilidade física prejudicada relacionada à limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo de uma ou mais extremidades; risco de perfusão tissular cerebral ineficaz relacionada ao risco de redução na circulação do tecido cerebral pelo hematoma; comunicação verbal prejudicada relacionada ao uso de tubo orotraqueal; risco de infecção relacionado ao acesso venoso periférico e tubo orotraqueal; risco de aspiração relacionada à alimentação por sonda, presença de sonda endotraqueal e nível de consciência diminuído; integridade da pele prejudicada relacionada à ferida operatória em região occipital; risco de volume de líquidos deficiente relacionado à falta de ingestão via oral e risco de constipação relacionado à falta de mobilidade gastrointestinal, ambiente estranho e dieta integral. Para os diagnósticos mencionados acima, estruturou-se a seguinte Prescrição de Enfermagem: realizar o controle de sinais vitais de 30 em 30 minutos e anotar no documento utilizado para este fim; realizar banho de leito 1x dia, preferencialmente pela manhã; realizar higiene oral 4x ao dia; aplicação de barreira de proteção em protuberâncias ósseas e na região genital quando realizado banho de leito ou troca de fralda; registrar ingestão e débito urinário de 6/6 horas; manter o paciente com a cabeceira do leito elevada em 30 graus para diminuir a pressão intracraniana e manter o alinhamento corporal; realizar procedimento de aspiração de tubo oro traqueal e cavidade oral sempre que apresentar secreção; monitorar os níveis de glicemia através de HGT 4x ao dia; realizar a troca do curativo da ferida operatória 1x ao dia; monitorar o curativo e a secreção que drenar; alternar de decúbito a cada 2 horas; uso de coxins sempre; manter a cabeça e pescoço alinhados sempre; manter as grades laterais do leito elevadas durante todo o tempo; orientar o paciente quando ao tempo e espaço a cada 8 horas; aplicar creme protetor ocular a cada 8 horas; efetuar antisepsia no hub antes da administração de drogas por esta via; realizar antisepsia de mãos antes e após manipular o paciente, e usar luvas e trocar o acesso venoso a cada 72 horas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A assistência de enfermagem ao paciente com trauma craniano apresenta-se como um grande desafio, pois as condições em que o mesmo se encontra e as complicações que podem surgir exigem da equipe de enfermagem uma gama de conhecimentos relacionados com a anatomia, neurofisiologia, resultados dos exames complementares e as etapas que compõe o Processo de Enfermagem para uma assistência integral. Para tanto, o profissional Enfermeiro deve estar atento às condições de saúde do paciente e ao seu prognóstico, pois o sucesso do tratamento está nas intervenções da equipe multidisciplinar. Dessa forma, o Enfermeiro é um dos profissionais responsáveis e determinantes no que tange à recuperação do paciente e por isso necessita compor um plano de cuidados que atenda às reais necessidades do mesmo sempre atentando aos princípios da segurança e bem estar do paciente e da equipe.

**Palavras-chave:** Traumatismo Cranioencefálico; Terapia Intensiva; Enfermagem.

#### REFERÊNCIAS:

- GENTILE, et al. Condutas no paciente com trauma cranioencefálico. **Rev. Bras Clín. Med.**, v. 9, n. 1, p.74-82, 2011.
- HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** definições e classificação. 10. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2015.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- SMELTZER, S.C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

## VIOLÊNCIA DE TRÂNSITO NA CIDADE DE ERECHIM/RS-PERFIL

Josilei Lopes Colossi<sup>1</sup>, Felipe Brock<sup>2</sup>, Andressa Vedovatto<sup>3</sup>, Adriana Da Costa<sup>4</sup>, Luciele R. Kammler<sup>5</sup>, Gladis Pedroski<sup>6</sup>

**Introdução:** Os acidentes de trânsito se tornaram uma grande preocupação para a sociedade e acarretam danos ainda mais graves nos países em desenvolvimento do que nos desenvolvidos. O elevado número de veículos em circulação, a desorganização do trânsito, a falha geral da fiscalização, as condições inadequadas dos veículos em movimento e a falta da impunidade dos infratores contribuem significativamente para o alto índice de acidentes de trânsito nos centros urbanos, isso tudo, aliados a um sistema viário e planejamento urbano que não conseguem acompanhar o ritmo de crescimento da frota automobilística. Os órgãos responsáveis pelo planejamento do trânsito têm como grande preocupação encontrar soluções que possam reduzir o número de acidentes, e também, analisar e compreender como eles ocorrem. Os danos causados hoje tomam uma proporção que afetam toda a sociedade, pelo elevado custo para o governo e, portanto, para população (FUGA, 2015). O Brasil é apontado como o país com um dos trânsitos mais perigosos do mundo. Em 2013 houve aproximadamente 170.000 internações no SUS e cerca de 43.000 pessoas morreram vítimas de acidentes de trânsito (IPEA, 2016), totalizando 423.432 acidentes de trânsito, conforme o registro nacional de acidentes e estatísticas de trânsito do Brasil (ASCARI et al., 2013). Em 2011 os custos com as internações no SUS, foram de 210,8 milhões (WASELFI, 2013). Erechim, em 2015, possuía uma população de 103.074 pessoas, a frota de veículos no mês de dezembro do mesmo ano era de 69.318 (69%, 42.069 carros e 12.472 motos) e o número de condutores neste mesmo ano era de 55.381 (55%). Foram autuadas 23.799 infrações, e no período de 2007 a 2015 houve 139 acidentes fatais, o que correspondem a 2% do total. Com relação aos acidentes fatais, no norte do Rio Grande do Sul (RS), 37% foi por colisão frontal e 20% atropelamento, sendo que 32% do envolvidos tinham entre 21 e 34 anos (DETRAN/RS, 2016). No Brasil, os dados relacionados a acidentes de trânsito possuem diversas finalidades e geralmente são registrados em formulários, os quais não possuem nenhum padrão nacional, denominado Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito (BOAT). O objetivo deste registro é subsidiar ações penais, civis, seguro obrigatório (DPVAT), realização de estudos e estatísticas dos acidentes. Em vista disso, há pouca confiabilidade nas informações registradas. Outro dado relevante aponta que os condutores automobilísticos, na grande maioria, são os menos afetados pelos acidentes rodoviários. Já os motociclistas, ciclistas, pedestres e usuários de veículos não motorizados, por fazerem parte de uma população com menos recursos financeiros, são os mais prejudicados (RESENDE, 2011). Quanto aos motivos destes acidentes, inúmeros podem ser relatados nas ocorrências. Entre os mais comuns estão: consumo de drogas lícitas e ilícitas, a realização de atividades paralelas durante a condução do veículo (celular, rádio), abuso da velocidade, uso inadequado dos equipamentos do veículo e ultrapassagem imprópria. (BOTTESSINI; NODARI, 2008). Hoffmann (2003) ressalta que a maioria dos acontecimentos no trânsito não tem uma única causa, mas aponta a falha humana como um dos fatores determinantes para os acidentes ocorridos nas estradas. O autor ainda traz em suas pesquisas que os acidentes são intensificados nos finais de semana, principalmente nas sextas-feiras e nos domingos, entre a meia noite e seis da madrugada, em áreas urbanas, devido ao aumento de ingestão de bebidas alcoólicas por motoristas. Para Stapleton (2008), a velocidade está associada diretamente aos elevados números de mortes no trânsito, que também estão relacionados à conservação das rodovias. Se não forem adotadas ações imediatas, os números de mortes causadas por acidentes de trânsito aumentarão ainda mais por volta do ano de 2020 e isso fará do Brasil o

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Enfermagem do 10º semestre da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI – Erechim. E-mail: lcjosi@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeiro. Mestre em Envelhecimento Humano pela UPF – RS. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde e Enfermagem – GESE, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde.

<sup>3</sup> Acadêmica do curso de Enfermagem do 10º semestre da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI – Erechim. E-mail: andressavedovatto@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Acadêmica do curso de Enfermagem do 10º semestre da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI – Erechim. E-mail: adridacosta\_enfermagem@hotmail.com

<sup>5</sup> Acadêmica do curso de Enfermagem do 8º semestre da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI – Erechim. E-mail: lucieleregina1@gmail.com

<sup>6</sup> Acadêmica do curso de Enfermagem do 8º semestre da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI – Erechim. E-mail: gladispedroski@bol.com.br

país com mais acidentes viários, causando perda econômica de 19 bilhões de dólares anuais (OMS, 2015). Diante dessas informações, percebe-se a necessidade de desenvolver estudo e pesquisas que possibilitem elencar as principais causas dos acidentes de trânsito em uma cidade da Região Norte do Rio Grande do Sul e, desta forma, buscar elementos que possam auxiliar na diminuição dos índices de mortalidade nesse local. Este é um estudo que ainda não foi realizado na cidade de Erechim, pois, trata-se de uma análise aprofundada do perfil dos acidentes de trânsito no município. Em vista disso, a pesquisa destes dados a partir da temática dos eventos poderá contribuir para a melhoria da segurança no trânsito, auxiliando os tomadores de decisão na instalação de dispositivos de trânsito preventivos, visando diminuir a incidência destes eventos. Objetivos: Analisar e conhecer o perfil dos acidentes de trânsito na cidade de Erechim/RS, bem como, identificar os principais fatores causadores de acidentes de trânsito, horários, dias da semana, situação climática, sexo, idade do condutor, fatores contribuintes, verificação da habilitação, tempo de habilitação, analisar os acidentes quanto a sua gravidade. Ainda, intenciona-se proporcionar a sociedade maior conhecimento sobre o tema, e assim, buscar reverter o índice de acidentes no trânsito. Este projeto está vinculado ao grupo de pesquisa da URI “Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde”, vinculada à linha de pesquisa “Epidemiologia e Processo Saúde/Doença”. Metodologia: Para o desenvolvimento desta pesquisa foi realizado um estudo quantitativo, prospectivo na cidade de Erechim-RS, no mês agosto de 2017. Os dados foram coletados através do BOAT do Departamento de Trânsito e também do 13º Batalhão da Polícia Militar da cidade de Erechim. A pesquisa passou pela aprovação do CEP da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI – Câmpus de Erechim. Após este processo, foi solicitado, através de um ofício, permissão para a realização do estudo junto à diretoria de trânsito e ao comandante do 13º Batalhão da Polícia Militar. As variáveis coletadas foram: sexo, idade, categoria e validade da CNH; data; hora; situação climática. Resultados e discussões: Através da pesquisa percebeu-se que os acidentados no trânsito de Erechim são, na maioria, do sexo masculino (68,4%) em uma idade média de  $31,1 \pm 18,197$ . Destes, 96,5% possuíam CNH. O tempo médio de habilitação é de  $23,5 \pm 19,75$  anos, sendo que os primeiros 5 anos de habilitação têm uma incidência de 23,6% dos acidentes. 22,4% dos acidentes ocorrem nas terças-feiras, no período da tarde (42,5%) quando a situação climática era sol (70,2%) e 75,7% destes acidentes não tiveram vítimas com lesões, sendo a falha humana o fator contribuinte mais elevado (74,3%). Conclusão: Verificou-se, então, que o homem, por ter um comportamento mais arriscado do que as mulheres, acaba por ocasionar mais acidentes de trânsito. Apesar dos envolvidos nos acidentes terem maturidade, o tempo que possuem a habilitação é menor. Por fim, a causa dos acidentes não está envolvida com causas secundárias significativas, mas com a falha, na maioria das vezes, humanas.

**Palavras-chave:** Acidentes de trânsito. Violência. Epidemiologia.

#### REFERÊNCIAS:

- ASCARI, R. A. et al. Perfil epidemiológico de vítimas de acidente de trânsito. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 1, p. 112-121. 2013.
- BOTTESSINI, G; NODARI, C. T. **O fator humano nos acidentes rodoviários:** motivos e possíveis soluções levantados em um grupo focado. ANPET, Fortaleza, p.1531-1542. 2008.
- DETRAN/RS - Departamento Estadual de Trânsito do Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado de Segurança Pública. **Diagnóstico de Trânsito da Região Norte**. 2016.
- FUGA, B. A. S. **A responsabilidade civil no acidente de trânsito e os danos decorrentes**. Editora Boreal, 2015.
- HOFFMANN, M. H. Programa preventivo para condutores acidentados e infratores. In: Hoffmann, M. H.; Cruz, R. M.; Alchieri, J. C. **Comportamento Humano no Trânsito**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003.
- IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Mortes por Acidentes de Transporte Terrestre no Brasil:** Análise dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde. Rio de Janeiro. 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Gestão das Doenças Não Transmissíveis, Incapacidades, Violência e Prevenção de Traumatismos (NVI)**. Suíça. 2015.
- RESENDE, P. **Em busca de mais segurança e menos mortes em rodovias da América Latina:** O Caso Brasileiro, “Uma análise dos acidentes no Brasil, com um enfoque nas condições de tráfego e características dos acidentes”. Banco Interamericano de Desenvolvimento. 2011.
- STAPLETON, H. Determinantes de Fatalidades de Tráfego nos EUA. **Journal of Undergraduate Research at Minnesota State**. Universidade, Mankato: v. 8, n. 13. 2008.

## VIVÊNCIAS DE IDOSOS SOBREVIVENTES: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS NO PROCESSO DE VIVER COM E ALÉM DO CÂNCER

BRUSTOLIN, A.M.<sup>1</sup>; FERRETTI, F.<sup>2</sup>; BANDURKA, J.<sup>3</sup>; BERGAMO, B.<sup>3</sup>; MEDEIROS, R.M.<sup>4</sup>

Grupo de pesquisa: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde  
Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Reabilitação da Saúde.

**INTRODUÇÃO:** O processo estressante, desde a suspeita diagnóstica de um câncer até a reabilitação e reajuste psíquico do paciente, requer que o sujeito idoso construa, ou busque, entre aqueles que já possuem, mecanismos para enfrentar esta situação (COSTA; LEITE, 2009). Após avaliação inicial do evento estressante, são desenvolvidas estratégias e comportamentos que têm como objetivos minimizar a ação das condições ambientais que causam danos e perdas ao indivíduo e aumentar a sua possibilidade de recuperação e bem-estar (TAVARES; TRAD, 2010). Adaptar-se ou não a um dado acontecimento e enfrentar situações semelhantes de formas bastante diversificadas depende de inúmeros fatores que englobam aspectos culturais, emocionais, vivências anteriores e características pessoais (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005). **OBJETIVOS:** Conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo idoso no processo de viver com e além do câncer. **METODOLOGIA:** Pesquisa qualitativa centrada no método da história oral temática desenvolvida em uma cidade do oeste de Santa Catarina de novembro de 2014 a janeiro de 2015. Os colaboradores do estudo foram quatro idosos sobreviventes ao câncer por mais de cinco anos: dois homens sobreviventes ao câncer de próstata, com idades de 76 e 81 anos, e duas mulheres sobreviventes ao câncer de mama, uma com 73 e outra com 74 anos. Todos foram selecionados por meio de pesquisa em prontuários no ambulatório de oncologia de referência da cidade do estudo. Após autorização do termo de consentimento livre e esclarecido, utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Foram realizados cinco encontros com cada colaborador, sendo o primeiro para uma aproximação inicial, o segundo, o terceiro e o quarto para a realização da entrevista e o quinto para a validação das entrevistas. Os colaboradores autodenominaram-se por subjetivos relacionados a mecanismos de enfrentamento. Trata-se de um projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNOCHAPECÓ sob parecer nº 909.718, de 9 de dezembro de 2014. **RESULTADOS:** Após as etapas de transcrição, textualização e transcrição, as histórias passaram por análise de conteúdo temática, resultando na construção de quatro categorias: Suporte familiar: mecanismo de cuidado e superação do câncer; Espiritualidade: a fé e a esperança como suporte para superar e buscar a sobrevivência; Otimismo e coragem: uma nova forma de olhar e enfrentar o câncer; e Informação e cuidado humanizado da equipe profissional: apoio/suporte para enfrentar essa fase de vida. Na primeira categoria foi ressaltada como estratégia de enfrentamento utilizada pelos colaboradores diante das dificuldades impostas pelo câncer e seu tratamento, o apoio familiar: [...] o que me ajudou enfrentar foi a família, se eles não estivessem comigo, teria desistido de tudo, eles me ajudaram pensar para frente, ser mais otimista, me ajudavam a me alimentar melhor, me levavam passear, se não fosse pela ajuda deles, como eu poderia resistir?! O amor que recebi [...] fez com que eu me salvasse. (Família, 73 anos). Na segunda categoria visualizou-se que os colaboradores encontraram na espiritualidade um suporte para superar as dificuldades impostas pelo câncer e seu tratamento, além disto, a fé e a esperança permearam este processo de luta pela cura da doença: A espiritualidade me ajudou [...] eu tinha um crucifixo que minha mãe me deu quando eu casei e, com aquele crucifixo na mão, eu só pedia Jesus que me deixasse viver um pouco mais [...]. (Família, 73 anos). Aqui vale destacar que os aspectos espiritualistas podem mobilizar energias positivas e melhorar a qualidade de vida das pessoas: [...] sentia que alguém

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde (UNOCHAPECÓ). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim. Integrante do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Educação; Saúde e Trabalho do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde do curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva (UNIFESP). Coordenadora Mestrado em Ciências da Saúde (UNOCHAPECÓ).

<sup>3</sup> Acadêmicas do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim. Integrantes do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Educação; Saúde e Trabalho do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde do curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Educação (UNISINOS). Coordenadora e Docente do curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim. Coordenadora do Grupo de Estudos em temáticas de Gênero; Mulheres; Educação; Saúde e Trabalho e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de Saúde do curso de Graduação em Enfermagem da URI-Erechim.

caminhava ao meu lado, era uma força maior, que me impulsionava a seguir [...] a espiritualidade, acima de tudo, foi o ponto forte que me permitiu enfrentar. Rezei muito nesse tempo, como nunca, acreditava na medicina, mas acima de tudo em Deus. (Garra, 74 anos). Na terceira categoria, as estratégias de enfrentamento elaboradas pelos idosos, ressaltaram a importância da positividade e da força de vontade: [...] sempre fui positivo e nunca pensei em coisas ruins. Sempre encarei de frente meus problemas. Acho que o que me ajudou a enfrentar o tratamento do câncer foi primeiramente eu mesmo, eu me ajudei muito, minha esperança e força de vontade, me ajudei. Sempre achei que tudo tem solução e fui em frente, sem desanimar, porque desanimar é pior, aí que as coisas não dão certo mesmo. (Força, 76 anos). E na quarta categoria evidenciou-se que as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde representaram uma estratégia que os idosos utilizaram para enfrentar o processo de viver com câncer: [...] no primeiro dia, antes, de fazer o tratamento a enfermeira da radioterapia nos orientou com relação aos cuidados no banho, de que não poderia lavar onde tinha a marcação e de passar creme neste local, isso me ajudou bastante. Explicou sobre a alimentação e a importância de antes da radioterapia tomar bastante líquido, estar sempre de bexiga cheia antes da aplicação, senão poderia queimar a bexiga. Não fiquei com dúvidas, me senti seguro (Força, 76 anos). Outro ponto interessante a ser discutido é a importância do cuidado humanizado como forma de apoio e enfrentamento: Tive muito apoio dos profissionais, dos médicos, das equipes, essas pessoas não sabem o quanto bem elas fazem para quem está doente, os profissionais são tão importantes quanto o medicamento [...] aquele sorriso, aquele olhar humano de fazer você sentir que você é gente [...]. O amor e carinho que recebi de todos os profissionais que me atenderam me salvou, me trataram como ser humano, me senti especial. (Garra, 74 anos). Por outro lado, quando não receberam as orientações adequadas ou não receberam orientações acerca das complicações do tratamento, os idosos sentiram-se, aparentemente, inseguros e desprotegidos: Fiz oito aplicações, uma por mês, sempre assim, aquela picadinha na barriga, mas não doía muito. Fiquei calmo, não me explicaram nada, não nos falaram se aquele tratamento iria ter algum efeito. (Força, 76 anos). **DISCUSSÕES:** Em relação à primeira categoria, as narrativas dos colaboradores revelaram que a família tem papel relevante junto ao paciente no enfrentamento do câncer, visto que estudos de Visoná e Prevedello (2012) comprovam que são os familiares que irão conviver com o paciente nessa trajetória de descobrimento e terapêutica da neoplasia, constituindo-se em um suporte para as perdas e limitações que a doença impõe. Além disso, Tavares e Trad (2010) apontam que a participação familiar pode contribuir para que o paciente lide melhor com o estresse associado ao tratamento oncológico. Quanto à segunda categoria, estudos de Guerrero *et al.* (2011) demonstram que a espiritualidade é uma estratégia de enfrentamento que o paciente utiliza para viver com o câncer, já que o apego a fé pode minimizar o seu sofrimento ou obter maior esperança na cura durante o tratamento. Acerca da terceira categoria pode-se dizer que o otimismo, a coragem, a confiança, a fé e o pensamento positivo se apresentam como um forte mecanismo de enfrentamento (RODRIGUES; POLIDORI, 2012). Já em relação à quarta categoria é possível inferir que as dimensões de apoio social, informacional e de interação fortalecem os processos de enfrentamento do paciente e família, sendo imprescindíveis à prestação de uma assistência humanizada (RODRIGUES; FERREIRA; CALIRI, 2013). **CONCLUSÃO:** As estratégias de enfrentamento utilizadas pelos idosos sobreviventes são singulares e ao mesmo tempo multifacetadas, uma vez que cada ser tem sua própria maneira de olhar e enfrentar as dificuldades impostas pela doença oncológica nesta etapa de vida.

**Palavras-chave:** Idoso. Câncer. Sobrevivência.

#### REFERÊNCIAS:

- COSTA, P; LEITE, R. C. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes submetidos a cirurgias mutiladoras. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 355-364, 2009.
- GUERRERO, G. P. *et al.* Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. Bras. Enferm**; Brasília, v. 64, n. 1, p. 53-59, fev. 2011.
- LORENCETTI, A; SIMONETTI, A. P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 944-950, nov./dez. 2005.
- RODRIGUES, F. S. S; POLIDORI, M. M. Enfrentamento e resiliência de pacientes em tratamento quimioterápico e seus familiares. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 4, p. 619-627, 2012.

RODRIGUES, J. S. M. R; FERREIRA, N. M; CALIRI, M. H. L. Caracterização do apoio social percebido pela família do doente adulto com câncer. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 3, p. 289-296, 2013.

TAVARES, J. S. C; TRAD, L. A. B. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 1, jun. 2010.

VISONÁ, F; PREVEDELLO, M. SOUZA, E. N. Câncer na família: percepções de familiares. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, jan./abr. 2012.



Av. Sete de Setembro, 1621 | CEP 99709-910 | Erechim RS  
Fone: 54 3520 9000 | Informações: 54 3520 9002  
[www.uricer.edu.br](http://www.uricer.edu.br)