



ANAIS DA

78ª + SBEn[®]

SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM E A CONSTRUÇÃO
DE UMA SOCIEDADE DEMOCRÁTICA

17a 19 de maio de 2017

Goiânia Goiás



ASSOCIAÇÃO
BRASILEIRA
DE ENFERMAGEM
SESSÃO GOIÁS

17a 19 de maio de 2017 | Goiânia Goiás

Apresentação

Anais da Semana Brasileira de Enfermagem – Seção Goiás

v.1, nº1(mai.2017)

Esta é a primeira edição dos Anais da Semana Brasileira de Enfermagem – Seção Goiás, cuja possibilidade resultado de um esforço coletivo de trabalhadores, professores e acadêmicos inseridos em diferentes cenários da enfermagem goiana.

Os Anais da Semana Brasileira de Enfermagem – Seção Goiás são uma publicação da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Goiás que é realizada anualmente com objetivos diversos, porém sempre com o foco principal de unir aqueles que formam a equipe de enfermagem e militam nos serviços de saúde.

Em 2017 foi realizada a 78ª Semana Brasileira de Enfermagem (SBEn) com a temática “As boas práticas de enfermagem e a construção de uma sociedade democrática”, conforme aprovado na 75ª Reunião do Conselho Nacional da ABEn (75º CONABEN). O tema central surgiu da articulação com o conteúdo que será desenvolvido durante o 69º Congresso Brasileiro de Enfermagem “O trabalho de enfermagem na construção de uma sociedade democrática” que considera a saúde como um eixo articulador e promotor dos direitos fundamentais da pessoa humana.

Os objetivos da 78ª Semana Brasileira de Enfermagem foram: Discutir o conceito de “Boas Práticas de Enfermagem” relacionado ao conceito de qualidade da assistência, do ensino, da investigação e da gestão na enfermagem; conhecer, divulgar e disseminar experiências exitosas relacionadas às boas práticas de enfermagem na assistência, no ensino, na investigação, na gestão e em outros cenários de atuação da enfermagem no Estado de Goiás; articular o conceito e as finalidades das Boas Práticas de Enfermagem com o trabalho da enfermagem para a construção de uma sociedade democrática, reforçando a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Durante a 78ª SBEn foram desenvolvidas atividades diversificadas no âmbito da assistência, formação, gestão e pesquisa. Foram implementadas atividades por meio de conferências, oficinas, mini-cursos e apresentação de trabalhos científicos, integrando toda a categoria da enfermagem no Estado de Goiás (enfermeiros, acadêmicos de enfermagem, técnicos de enfermagem, docentes e preceptores).



Valéria Pagotto
Profa. Dra. Valéria Pagotto

Diretora do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem



78ª SBEn
SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM E A CONSTRUÇÃO
DE UMA SOCIEDADE DEMOCRÁTICA

17a 19 de maio de 2017 | Goiânia Goiás

CORPO EDITORIAL

Editores:

Cristiane José Borges (UFG/ Regional Jataí)
Celia Scapin Duarte (UFG/ Regional Goiânia)
Elisângelo Aparecido Costa da Silva (UNIFAN)
Heliny Carneiro Cunha Neves (UFG/ Regional Goiânia)
Kênia Alessandra de Araújo Celestino (PUC Goiás)
Marcos André de Matos (UFG/ Regional Goiânia)
Lucimeire Fermino Lemos (UFG/ Regional Goiânia/ SES)
Karlla Antonieta Amorim Caetano (UFG/ Regional Goiânia)
Katiane Martins Mendonça (IFG)
Rayana Gomes Oliveira Loreto (PUC GOIÁS/ CEGESP)
Selma Rodrigues Alves Monstefusco (UFG/ Regional Goiânia / UNIVERSO)
Sue Christine Siqueira (Faculdade Estácio de Sá de Goiás)

Conselho Editorial:

Marcos André de Matos
Katiane Martins Mendonça

Conselheiros:

Carla de Almeida Silva
Clarissa Irineu de Sousa Carrijo
Dayane de Melo Costa
Débora Moura Miranda Goulart
Elisângela Rodrigues Boeira
Fernanda Lima e Silva
Juliana Carvalho de Lima
Leyla Gabriela Verner Amaral Brandão
Luana Rocha da Cunha Rosa
Marcela Rarumi Sagawa
Natália Nunes Costa
Sergiane Bisinoto Alves





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DE FORMA HOLÍSTICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alane Joquebede Oliveira SANTOS

Gisele Noleto MOURA

Graça STANLEY

Kênia Alessandra de Araújo CELESTINO

Pontifícia Universidade Católica de Goiás / Av. Universitária 1.440, Setor
Universitário Goiânia-GO, CEP: 74605-010.

www.pucgoias.edu.br

Introdução: Durante as aulas práticas desenvolvidas em um hospital X de Goiânia, foi observado que a assistência de enfermagem prestada acontece de forma mecanicista, ou seja, todos os clientes são assistidos da mesma forma sem serem consideradas suas individualidades. Há um grande número de pacientes acometidos por Lesões por Pressão (LPP), e um especialmente observado, portador do vírus da imunodeficiência humana – HIV possibilitou concluir que isto ocorre principalmente por deficiência na realização do exame físico e anamnese, fase inicial do processo de enfermagem na admissão dos usuários, pela não consideração das individualidades na hora do planejamento. As lesões por pressão tem sido um grande desafio para as instituições de saúde. A equipe de enfermagem juntamente com outros profissionais da saúde precisam desenvolver mecanismos que minimizem a quantidade de LPPs. **Objetivo:** Identificar uma forma de intervenção precoce pela avaliação do risco do paciente desenvolver Lesão por Pressão (LPP), considerando os fatores predisponentes, o estado geral de saúde e a doença de base. Utilizando instrumento que auxilie e oriente o enfermeiro no planejamento adequado e, na delegação à equipe de enfermagem quanto aos cuidados específicos ao paciente assistido. Visando que este instrumento seja aplicado na primeira etapa do processo de enfermagem. **Descrição Metodológica:** Para o desenvolvimento desta análise bibliográfica utilizamos a Metodologia da Problematização pelo Método do Arco de Charles Maguerez, que é constituído por cinco etapas: Observação da Realidade, Pontos-chave, Teorização, Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade. Observou-se durante seis dias o quadro clínico de pacientes acometido por HIV, que na internação desenvolveram lesão por pressão.



Após foi feita uma busca a literatura nas bases de dados online, BVS Bireme, Scielo e Google Acadêmico, utilizando os descritores: Assistência de enfermagem de forma mecanicista; Assistência de enfermagem de forma holística; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Lesão por Pressão; Sistematização da Assistência de Enfermagem. Sendo escolhidos quatro artigos correspondentes ao foco em estudo.

Resultados e Conclusão: A posição única na qual o paciente é mantido, seu estado imunológico, decadência nutricional e a incapacidade de mobilização física provocada pela patologia e suas doenças oportunistas, contribuíram para o aparecimento de Lesões por Pressão. Premeditando que as lesões ocorreriam ou que provavelmente não pudessem ser evitadas, mediante a clínica apresentada e também pelo tempo de permanência deste paciente no âmbito hospitalar, é que se faz necessário maior rigor no planejamento dos cuidados prestados, e que para uma boa sistematização gerada, fortalecer a medida preventiva é de fundamental valor para a qualidade no atendimento. Ficou entendida a necessidade da implantação de um instrumento que avalie na primeira etapa do Processo de Enfermagem, o risco do paciente desenvolver ao longo do seu tempo de internação uma LPP. Portanto, a elaboração desse instrumento fundamentado na Escala de Braden, podendo obter-se pontuação de um a quatro nos itens: Percepção Sensorial, Umidade, Atividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e Cisalhamento, permitirão a execução adequada e holística ao paciente cuidado. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** Conhecendo no início do tratamento de acordo com análise patológica, o grau de risco para o desenvolvimento de LPP, a equipe de enfermagem se atentará mais ao paciente específico, planejando holisticamente as condutas cabíveis a evitar um dano de pele e possíveis infecções. Contribuindo para seu prognóstico e evitando que mais fatores possam condicionar na piora ou acarretar novas patologias ao paciente. Além disso, a sistematização de forma individualizada com aplicação da Escala de Braden diminuirá ou eliminará a probabilidade do paciente adquirir LPP, ofertando qualidade na assistência ao mesmo e beneficiando a equipe multiprofissional, bem como a instituição de saúde. Para tanto, a utilização da Escala de Braden, acrescida à ficha de admissão, possibilitará intervenções de enfermagem no início do tratamento e ações voltadas ao seu quadro clínico.

Referências



1. Prado ML; Velho MB; Espíndola DS; et al. ARCO DE CHARLES MAGUEREZ: REFLETINDO ESTRATÉGIAS DE METODOLOGIA ATIVA NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE. Esc. Anna Nery (impr.) 2012 jan-mar; 16 (1): 172-177. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a23.pdf> Acesso em: 19/03/2017
2. Paula EP; Neres S; et al. CONSIDERAÇÕES NUTRICIONAIS PARA ADULTOS COM HIV/AIDS. REMENFE Revista Matogrossense de Enfermagem Nov-Dez 2010 V.1 n.2(148-165). Disponível em: http://www.nutricaoemfoco.com.br/NetManager/documentos/consideracoes_nutricionais.pdf Acesso em: 19/03/2017
3. Barsotti V; Moraes AT. Neurotoxoplasmose Como Primeira Manifestação da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Relato de Experiência. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v.7, n.2. p. 20 - 22, 2005. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/250/pdf> Acesso em: 19/03/2017
4. Úlceras por pressão: Prevenção e Tratamento. Um guia rápido da Coloplast. Coloplast A/S, Høltedam 1, 3050 Humlebæk, Denmark www.coloplast.com.br A logo da Coloplast é uma marca registrada da Coloplast A/S. © 2013-03. Todos os direitos reservados Coloplast A/S. Disponível em: https://www.coloplast.com.br/Global/Brasil/Wound/CPWSC_Guia_PU_A5_d7.pdf Acesso em: 19/03/2017.
5. Rodrigues MM; et al. Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção da lesão tecidual por pressão. Cogitare Enferm 2008 Out/Dez; 13(4):566-75. Disponível em: <file:///C:/Users/20141002400017/Downloads/13117-43501-1-PB.pdf> Acesso em: 19/03/2017



A PRÁTICA DO CUIDAR POR MEIO DE UMA ESTRATÉGIA ALTERNATIVA NO CAMPO DE HEMODIÁLISE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Aline Borges de SOUZA¹ Jhenyfer Kali Fernandes da CRUZ² Sandra Maria da Fonseca DINIZ³ Silvia Rosa TOLEDO⁴ Vanusa Claudete Anastácio Usier LEITE⁵

1. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. allyneborgesdesouza@hotmail.com
2. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. saude20171.100@gmail.com
3. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. sandraucg@gmail.com
4. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. silviarosatoledo@gmail.com
5. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. vanusaclaudete@gmail.com

Palavras chave: Enfermagem, Risoterapia, Humanização

Introdução: A enfermagem é uma profissão cuja base está vinculada ao ato de cuidar. Segundo Ferreira¹, o adjetivo cuidado indica aprimorado, bem-feito; como substantivo a palavra se remete, a cautela, atenção, zelo. Este ato promove uma assistência digna, que respeite os direitos humanos de cada cidadão que usufrui do sistema de saúde. Relacionando esta prática profissional com a uma terapia complementar chamada risoterapia, dentro de clínicas de hemodiálise podemos observar que esta atuação pode fazer toda diferença na qualidade do bem-estar do paciente em tratamento². **Objetivo:** Descrever o grau de satisfação que a risoterapia oferece aos pacientes em terapia substitutiva renal. **Metodologia:** Trata-se de relato de experiência vivenciado por acadêmicas do quarto e sexto ciclo do curso de enfermagem e docentes coordenadoras da Liga Acadêmica do Riso (LAR) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), na aplicação de uma prática integrativa complementar denominada risoterapia, desenvolvida em clínicas de hemodiálise do Estado de Goiás. **Discussão:** As evidências da prática integrativa complementar mostram que a assistência aplicada de maneira humanizada com uma comunicação atenciosa, resulta na melhoria do bem-estar geral do paciente e contribui para o desenvolvimento de ações humanizadas na enfermagem. Por meio desta assistência e com base em estudos científicos a risoterapia promove alterações comportamentais e fisiológicas visíveis nos pacientes que podem ser identificados a partir de suas expressões e reações como: hiperemia facial, riso, choro e alterações psicoemocionais. As modificações fisiológicas evidenciadas durante as intervenções são demonstradas pelo riso e manifestadas com a



contração rítmica do diafragma, aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial e liberação de hormônios. Alguns hormônios secretados desempenham funções analgésicas como a endorfina e serotonina, reduzindo a concentração de substâncias como cortisol e catecolaminas, presentes em situações de estresse³⁻⁴. **Conclusão:** Os benefícios das atividades como diálogo, interação, apoio emocional e o ato de escutar suas aflições, pode auxiliar em seu estado de bem-estar. Assim, essas práticas podem ajudar os pacientes nas sessões de hemodiálise. Portanto, a terapia do riso é descrita como uma forma de tratamento acessível e eficaz que pode ser implantada e implementada. **Contribuições para a Enfermagem:** O exercício da enfermagem através da risoterapia contribui para o bem-estar de pacientes em tratamento de terapia renal substitutiva em diferentes serviços especializados, qualifica e habilita o profissional de enfermagem na utilização deste método. Desenvolvimento de assistência humanizada fundamentada em evidências clínicas e científicas. Proporcionar benefícios ao paciente por meio da terapia alternativa risoterapia na implementação da prática profissional de Enfermagem.

Referências:

¹Ferreira ABH. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Ed.4. Curitiba: Positivo, 2012.

²Lima RAG, Azevedo EF, Nascimento LC, Rocha SMM. A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. **Rev Esc Enferm USP**. 2009. (43) 1: p. 186-93.

³Capela RC. Riso e Bom Humor que Promovem a Saúde. **Revista Simbio-Logias**. 2011. (4) 6: p. 176-84.

⁴Carbonel FD, Ribeiro PA. As correlações anatômicas e fisiológicas do riso e do humor na espécie humana. **Biblioteca Virtual em Saúde**.2005. (14)80-81: p. 26-32.



CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA FUNCIONALIDADE: LIGAÇÃO COM A TEORIA DE ENFERMAGEM DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Anna Cássia Fernandes MELO¹, Ana Carolinade Castro Mendonça QUEIROZ²,
Suelen Gomes MALAQUIAS³, Juliana de Faria Fracon e ROMÃO⁴, Ruth Losada de
MENEZES⁵, Maria Márcia BACHION⁶

1. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. E-mail: anna_melo_15@hotmail.com
2. Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. E-mail: carolinacmq@gmail.com
3. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. E-mail: sgmlaquias@gmail.com
4. Fisioterapeuta. Pós-Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás. Professor Adjunto da Universidade de Brasília. E-mail: julianafracon@unb.br
5. Fisioterapeuta. Pós-Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Professor Adjunto da Universidade de Brasília E-mail: ruthlosada@unb.br
6. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. E-mail: mbachion@gmail.com

Introdução: O uso de Sistemas de Classificações no contexto assistencial em Enfermagem é proposto e reforçado por padronizar e unificar a linguagem científica¹. Atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde² (CIF) para descrever a saúde e estados relacionados com a saúde. Esse sistema está organizado em dois componentes: o primeiro abrange funcionalidade e incapacidade, composto por quatro domínios distintos (Funções do corpo, Estruturas do corpo e Atividade e Participação); O segundo componente se refere a fatores contextuais como Fatores Ambientais e Fatores Pessoais. Esse sistema de classificação propõe abordagem biopsicossocial e deve ser coerente com outras teorias. Por outro lado, é preciso aliar os sistemas de classificação com Teorias ou Modelos Conceituais de Enfermagem. Nesse sentido, pergunta-se: a Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas proposta por Wanda Horta³ é compatível com o referencial mais moderno de funcionalidade, incapacidade e saúde trazido pela CIF? O uso da CIF embasado pela Teoria de Wanda Horta poderia proporcionar um marco teórico com um paradigma mais robusto para a visão do ser humano em suas dimensões biopsicossociais. **Objetivo:** Estabelecer a



ligação entre a Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas e a CIF.

Descrição metodológica: Trata-se de um estudo descritivo exploratório. Conforme a Teoria, há três necessidades humanas básicas: psicobiológicas, composta por 18 domínios, entre eles: oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividade física, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, regulação e percepção; psicossocial, com 17 domínios, por exemplo: segurança, amor, comunicação, aprendizagem, gregária, participação e criatividade; e psicoespiritual composto pelo domínio único: religioso ou teológico, ética ou filosofia de vida. Para cada necessidade humanabásica foi estabelecido o termo chave e a partir dele mapeado na CIF os termos correspondentes e os respectivos códigos. A metodologia buscou seguir as diretrizes da proposta de Cieza et al⁴. (2004). **Resultados:** A CIF está contemplada nas necessidades humanas básicas propostas por Wanda Horta em sua maioria, exceto os domínios Autoestima e Criatividade, que são segundo a CIF, fatores pessoais, portanto, sem codificação. A relevância da CIF tem sido repetidamente comprovada através de estudos de pesquisa de enfermagem^{1, 5}. Pode ser aplicada na coleta de dados, no raciocínio diagnóstico, na reabilitação, promoção da qualidade de vida, avaliação de fatores ambientais, na segurança social e no planejamento do cuidado⁵, ou seja, em todas as fases do Processo de Enfermagem previstas no modelo de Wanda Horta. **Conclusão:** A CIF é uma estrutura conceitual que apresenta ligação com a teoria de Enfermagem de Wanda Horta. **Contribuições/implicações para a Enfermagem.** A ligação proposta tem o potencial para expandir o pensamento e prática dos enfermeiros, principalmente em relação ao paradigma de cuidado vigente.

REFERÊNCIAS:

1. Kearney PM, Pryor J. The International Classification of functioning, Disability and Health (ICF) and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 2004; 46(2):162–170.
2. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health.*, Geneva. 2001. Disponível em: http://www.who.int/classifications/icf/icf_more/en/ Acessado em 08 de maio de 2017.



3. Horta VA. Processo de enfermagem / Wanda de Aguiar Horta, com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos.- São Paulo : EPU;1979.
4. Cieza A, Ewert t, Berdirhan U, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Development of ICF core sets for patients with Chronic conditions. J Rehabil Med 2004; Suppl. 44: 9–11.
5. Muller-Staub M, Lavin MA, Needham I, Achterberg TV. Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNPs, ICF, NANDA and ZEPF. International Journal of Nursing Studies, 2007; 44:702-713.



RELATO DE EXPERIÊNCIA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA REGIÃO NOROESTE DE GOIÂNIA - GO

Larissa Ramos CIRCUNCISÃO¹; Bruna Figueredo ALMEIDA²; Daiane Rodrigues CARVALHO³; Fernanda de Barros MACHADO⁴; Lahis Francislay da COSTA⁵; Larissa Mamidio Dourado ALMY⁶; Glenda Batista de Almeida ANDRADE⁷

¹Enfermeira e docente Centro de Educação Profissional Zilma Carneiro da Silva
E-mail: larissacircuncisao@hotmail.com

²Enfermeira – Graduada na Pontifícia Universidade Católica de Goiás

³Enfermeira - Graduada na Pontifícia Universidade Católica de Goiás

⁴Enfermeira - Hospital Municipal de Jandaia e Unidade Básica de Saúde Jerônimo Gonçalves Barbosa

⁵Enfermeira – Liderança UTI Móvel e Flash Med UTI Móvel

⁶Enfermeira e Docente Suldamérica Cursos Técnicos

⁷Enfermeira e docente na Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Introdução: A Estratégia de Saúde da Família (ESF) integra a Atenção Básica/Primária à Saúde, denominada por um conjunto de ações de saúde desenvolvida para indivíduos e/ou grupos, sendo regida por preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). A equipe de saúde da UABSF (Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família) tem como uma de suas funções desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados na comunidade. Nesse contexto a educação em saúde consiste em um meio que atua no conhecimento das pessoas, levando-as a desenvolver pensamento crítico e favorecer no enfrentamento do problema de saúde, promovendo melhorias na sua qualidade de vida. **Objetivos:** Desenvolver o Arco de Maguerez a partir da observação da atuação dos profissionais da Atenção Primária num campo de prática. **Descrição metodológica:** O presente estudo foi desenvolvido durante o Estágio Supervisionado I na região Noroeste de Goiânia, no ano de 2013, durante a graduação em Enfermagem. Fundamentada na teoria da problematização por meio do método do Arco de Charles Maguerez, essa teoria consiste em executar cinco



etapas, a saber: a observação da realidade; a identificação dos pontos chave; a teorização; indicação de hipóteses de solução e a aplicação à realidade. **Resultados:** Foram observadas as unidades quanto à estrutura, funcionamento, dimensionamento de pessoal, acolhimento, qualidade dos serviços prestados, interação profissional-usuário e realização de ações educativas. Dessa forma, identificou-se como principal ponto negativo era a ausência da educação em saúde na UABSF. A prática educacional é um instrumento que deve ser fortalecido dentro da Atenção Primária à Saúde, pois se mostra necessária ao passo que a troca de conhecimento estabelece um ato de transformação. Porém, estudos mostram que ainda há um modelo de educação pautado em normas e prescrições, que utiliza a manipulação impositiva como forma de promover mudanças comportamentais. Após discussões e análise crítico-reflexiva, foi realizado, dentre as hipóteses de solução, a educação em serviço por meio de roda de conversa (expositiva) participativa como intervenção na realidade. **Conclusão:** Durante a realização das atividades práticas, as ações educativas executadas propiciaram reflexões que culminaram na percepção da necessidade de realizar educações em saúde com a comunidade. A não realização de educação em saúde pelos profissionais acarreta em prejuízo às pessoas da área de abrangência da UABSF, dificultando o enfrentamento aos agravos. **Contribuições/Implicações para a Enfermagem:** O estudo mostrou sobre a necessidade de a enfermagem ser mais atuante em ações educativas em saúde junto à comunidade, bem como, contribui de forma significativa para o crescimento profissional o que amplia o conhecimento técnico e científico, ao transpor a compreensão da realidade observada, quando hoje, se pode visualizar uma consciência profissional mais crítica sobre o universo da educação em saúde na Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012.



Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-am Enfermagem. 2005; 16(6): 1027-34.

Junqueira MAB, Santos FCS. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do enfermeiro: uma revisão de literatura. Rev. Ed. Popular. 2013; 12(1): 66-80.

Berbel NAV. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma perspectiva teórica e metodológica. Filos. e Educ. 2012; 3(2): 264-87.

Junqueira MAB, Santos FCS. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do enfermeiro: uma revisão da literatura. Rev. Ed. Popular. 2013; 12(1): 66-80.



REVISÃO DA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA ACERCA DA IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, DE 2012-2017.

Emilio Viana SANTANA¹; Hérica Fernanda Ferreira VIANA²; Nathália Caetano Barbosa TEIXEIRA³; Déborah Evelyn Gomes da SILVA⁴; Larissa Silva MAGALHÃES⁵; Lisa Wilhelms SANTOS⁶.

- 1- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; emiliosantana@outlook.pt
- 2- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; herica.f.f.viana@gmail.com
- 3- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; nathaliacaetano20062@gmail.com
- 4- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; debsgomesilva@gmail.com
- 5- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; larissasilvamagalhaes57@gmail.com
- 6- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; lisaswilhelms@hotmail.com
- 7- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; keniacelestino@hotmail.com

INTRODUÇÃO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) vem, ao longo dos anos fazendo parte do perfil profissional do enfermeiro, por meio do empoderamento com autonomia¹. Assim, a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, referente ao exercício de enfermagem, em seu artigo nº 11, dispõe que a consulta e prescrição de enfermagem, além dos cuidados de maior complexidade técnica que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar ações imediatas, são ações privativas do enfermeiro². Essa Lei foi reforçada mais tarde pela Resolução do COFEN nº 358/2009, que dispõe acerca da SAE, e a implantação do Processo de Enfermagem (PE), que organiza o trabalho profissional quanto ao método, com a finalidade de tornar possível a operacionalização do PE³. É válido ressaltar que a SAE é um instrumento fundamental no exercício de enfermagem, de forma que o enfermeiro exerça esse cuidado voltado ao paciente de modo organizado, integrado e uniforme, especialmente na atenção primária em saúde, na qual ele tem o dever de aplicar seus instrumentos de trabalho (como a SAE) a fim de prestar uma assistência que atenda o paciente em sua forma biopsicosocioespiritual^{1,4}.

OBJETIVOS: Descrever a produção bibliográfica acerca da aplicação da SAE na atenção primária em saúde. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica com abordagem quantitativa. Os materiais abordados incluem teses, dissertações e artigos científicos na área de Enfermagem e na área da saúde. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, SciELO, BVS (BDENF, LILACS, MEDLINE). Os idiomas utilizados foram Espanhol, Inglês e Português e as palavras-chave “Sistematização da Assistência de Enfermagem” e “Atenção Primária à



Saúde” separadas pelo Operador Lógico Booleano “AND”, no período de 2012-2017.

RESULTADOS: Desse modo, foram encontrados 20 artigos publicados relacionando a SAE com a Atenção Primária em Saúde. Consequente a isso, encontrou-se 3 artigos na SciELO, 9 na BDNF, 8 na LILACS e nenhum artigo encontrado nas demais bases de dados. **CONCLUSÃO:** O trabalho permitiu inferir que a produção bibliográfica a respeito da SAE na assistência primária é escassa, visto que a sistematização é exposta na Lei nº 358 de 2009 como a atividade privativa do enfermeiro, bem como o PE, em todas as esferas da saúde, especialmente na atenção primária, na qual é preconizada a prevenção e proteção da saúde. Desse modo é essencial estimular no enfermeiro o perfil de pesquisador em saúde para assumir a SAE como sua identidade profissional. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Diante dos achados no presente trabalho, faz-se necessária maior divulgação e estudo mais aprofundado da SAE, principalmente no que se refere à atenção primária, sendo esta a porta de entrada dos usuários do sistema de saúde vigente. Isso culminará na organização e estruturação da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Krauzer IM, Adamy EK, Ascari RA, Ferraz L, Trindade LL, Neiss M. Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção básica: o que dizem os enfermeiros? Ciência e Enfermagem 2015 junho 7. 21 (2): 32-38. ISSN 0017-2079
2. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm.
3. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução N° 358 de 15 de outubro de 2009: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: URL: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
4. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.



RELATO DE EXPERIÊNCIA: RISCO À SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM CENTRO INTEGRADO DE ASSISTÊNCIA MUNICIPAL À SAÚDE (CIAMS) - GOIÂNIA

Letícia Vieira da SILVA; Glenda Batista de Almeida ANDRADE; Edilene VIANEY;

1 Acadêmica do curso de Enfermagem na Pontifícia Universidade Católica de Goiás

E-mail: leticiavds@gmail.com

2 Enfermeira e docente na Pontifícia Universidade Católica de Goiás

3 Enfermeira e docente na Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Introdução: O referido CIAMS é referência em vacinação e possui vinte e seis especialidades clínicas, funciona como área ambulatorial, onde os usuários veem encaminhados de outros serviços. A unidade de saúde atende vários programas como: hipertensão e diabetes (hiperdia), tabagismo, saúde da mulher e do idoso, e também a assistência a menores infratores (CIA). Das vinte seis especialidades podemos destacar ginecologia/obstetrícia, pediatria, psiquiatria, clínica geral, bem como psicologia, odontologia, entre outros. A estrutura do local não está dentro dos padrões preconizados pelo Ministério da Saúde, pois foram observados espaços danificados como paredes descascando, salas sem o forro no teto, Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) em lugares inadequados. Estas observações nos levaram a refletir e a partir daí despertou o interesse em abordar o tema sobre a “Segurança do Paciente”, destacando a deterioração da estrutura física, descarte inadequado do material de proteção individual, falta de copo descartável para uso e espaço insuficiente para a demanda de usuários comprometendo a segurança do mesmo.

Objetivo: Descrever a experiência de uma aula teórico-prática numa unidade de saúde regulamentada segundo o Sistema Único de Saúde cujo tema foi a Segurança do Paciente.

Metodologia: A partir de uma visita técnica, com os acadêmicos e supervisão do docente do curso de Graduação de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica- PUC-GO, foi proposto a construção do Arco de Charles Maguerez, instrumento aplicado no eixo de



Atividade Integradora como metodologia ativa. Esse método é elaborado por meio de cinco etapas: a observação da realidade; a identificação dos pontos chave; a teorização; indicação de hipóteses de solução e a aplicação à realidade. Após o levantamento dos pontos chave, a teorização foi construída por pesquisas de artigos referente ao tema da Segurança do Paciente. Esses artigos foram analisados e discutidos em aulas teóricas. Resultados: Os estudos realizados baseados principalmente na Portaria nº529, de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, levou a comparar com a realidade observada, pois trouxeram pontos negativos, que foram os descartes de forma inadequada do material de proteção individual. Outro ponto negativo foi o espaço estrutural insuficiente para a demanda de usuários do serviço de saúde comprometendo a segurança do mesmo. Conclusão: Nota-se que a falta de capacitação dos profissionais voltadas para o descarte correto e o espaço insuficiente para a demanda de atendimento gera um risco a segurança do paciente, onde as hipóteses de solução foram a realização de reforma nas áreas críticas, para melhoria no atendimento, melhorar a comunicação entre os profissionais da saúde, higienização as mãos para evitar infecções, melhoria na segurança da unidade de saúde e como aplicação da realidade foi selecionada encaminhar um ofício ao responsável do CIAMS para melhoria da estrutura do local, cursos para os profissionais para melhoria no atendimento ao paciente, programas educativos para incentivar a higienização das mãos, distribuição de panfletos com informações sobre a segurança do paciente;

REFERÊNCIAS

- 1.Cassiani.S.H.B;A Segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos;Ver.bras.enferm.vol.58no.1Brasília Jan/Feb.2005.
2. BRASIL; Ministério da Saúde; Gabinete do Ministro; Portaria nº529, de 1 de abril de 2013; Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);



3. Arruda.L.P; ET AL; Evidências do Cuidado de Enfermagem acerca da Segurança do Paciente: Revisão Integrativa; Rev.enferm.UFPE online;Recife.8(7):20107-14; JUL;2014;
4. Reis.C.T; Martins.M;Laguardia.J; A Segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura; Ciênc. Saúde coletiva vol.18 no.7 Rio de Janeiro July 2013.
5. BRASIL; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Boletim Informativo; Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde; Brasília, Jan-Jul de 2011;
6. Dias. ET AL; Boas práticas para a segurança do paciente: revisão integrativa;
7. BERBEL, N. N.: “Problematização” e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface —Comunicação, Saúde, Educação, v.2, n.2, 1998.



VACINAÇÃO CONTRA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B: BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM EM ÁREAS DE ASSENTAMENTO URBANO

(Samuel Antoneli Manso de ARAÚJO¹; Dayane Cristina dos Santos ALVES¹; Wilian Santana de SOUZA¹; Joyce Gabriela Menezes SILVA¹; Camila Canhete FERREIRA²; Marcia Maria SOUZA³; Marcos André MATOS³)

1- Aluno de Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás FEN/UFG.

2- Aluno Pós-graduação *Strictu Sensu* - mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás FEN/UFG.

3- Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás FEN/UFG.

d.alves@msn.com; samuelanto12@gmail.com; wil8@hotmail.com;
camila_canhete03@hotmail.com; joycefenufg@gmail.com; marcia.fen@gmail.com;
marcosmatos@ufg.br.

INTRODUÇÃO: Indivíduos de áreas de assentamento urbano possuem maior necessidade de atendimento à saúde, principalmente relacionados às doenças imunopreveníveis como a hepatite B. Tais demandas são potencializadas quando se refere a adultos jovens, devido às transformações sociais, emocionais e corporais inerentes a atual situação de vida¹. Ainda, observa-se que esse grupo apresenta maior vulnerabilidade as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), como a Hepatite B, por apresentarem comportamentos de risco para estas doenças².
OBJETIVO: Diante disso, o objetivo deste estudo foi identificar a cobertura vacinal contra a hepatite B entre adultos jovens de um assentamento urbano de Goiânia, Goiás. **METODOLOGIA:** Estudo de corte transversal realizado em adolescentes e adultos jovens, no período de junho a julho de 2014. Os dados foram coletados e



analisados em programa estatístico STATA, versão 8.0. Realizou-se entrevista com roteiro estruturado, contendo características sociodemográficas e questões referentes à cobertura vacinal desses indivíduos, além de comportamentos de risco para as IST. Foi considerado como variável de desfecho o relato de vacinação prévia de vacinação contra a hepatite B. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, protocolo nº 365/11. **RESULTADOS:** Do total de participantes (n=105), 37,1% relataram vacinação prévia, 40,0% não sabiam e 22,9% nunca foram vacinados. Relato de vacinação prévia foi associado à idade ente 12 e 18 anos (OR: 1,5; IC 95%: 1,0-2,7; p = 0,04), ter recebido transfusão de sangue (OR: 2,8; IC 95%: 2,1-3,8; p < 0,01) e já ter iniciado a vida sexual (OR: 1,5; IC 95%: 1,1-2,0; p < 0,01). Histórico de hepatite na família permaneceu marginal (OR: 3,6; IC 95%: 0,8-15,7; p = 0,07) ao desfecho. **CONCLUSÃO:** Observou-se baixa cobertura vacinal entre os adultos jovens do assentamento urbano, o que evidencia a necessidade de ações específica voltado a esse grupo para a prevenção da Hepatite B. Nesse sentido a enfermagem possui importante papel, uma vez que é o profissional com maior competência para exercer tal atividade. Espera-se que nosso estudo contribua para que as unidades de atenção básica tenham estratégias de vacinação para áreas de assentamento urbano, uma vez que são locais carentes de atenção à saúde

Referências

[1] Focaccia R., Conceição O. J, Sette H, Sabino E, Bassit L, Nitrini DR, et al. Estimated prevalence of viral hepatitis in the general population of the municipality of São Paulo, measured by a serologic survey of a stratified, randomized and residence-based population. *Braz J Infect Dis.* 1998;2(6);269-84.

[2] BUENO, M. R, MESQUITA, F, BUCHALLA, C.M. et al: Hepatitis B and C among injecting drug users living with HIV in São Paulo, Brazil. 2012.



ATUAÇÃO E RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO NA CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL

David Andersson da Fonseca OSÓRIO¹; Aliny Anne PINTO¹; Lucas Amorin de Oliveira COSTA¹; Izabella Santos GUNDIM¹; Sayonara Oliveira dos Reis JAIME¹; Renata Benevides Vasco²; Katiulcy Carvalho Oliveira ³

¹Discentes do curso Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira .

²Enfermeira Especialista em Controle de Infecção Hospitalar. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira – Campos Goiânia

³ Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva; Enfermeira Auditora. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira – Campos Goiânia

INTRODUÇÃO. A Central de Material e Esterilização (CME) ” é definida pelo Ministério da Saúde como um conjunto de técnicas destinado a recepção e expurgo, preparo e esterilização, guarda e distribuição de materiais para as unidades de estabelecimento de saúde. Todas as atividades do setor devem ser executadas de maneira dinâmica e seqüenciadas”¹. A principal missão da CME é prover todos os serviços assistenciais e de diagnóstico de produtos para a saúde processados, garantindo a qualidade necessária para uma assistência segura. **OBJETIVO:** Descrever a atuação do enfermeiro na prevenção e controle de infecção hospitalar na CME. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** O estudo foi feito no nível descritivo, com abordagem qualitativa. Foi realizado a busca de artigos dos últimos 10 anos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando-se os seguintes descritores; Central de Material e Esterilização; Enfermagem. **RESULTADOS:** *A função do enfermeiro do CME tem início na fase de planejamento da unidade, a ele, cabe a escolha dos recursos materiais, pessoal qualificado de forma criteriosa levando em conta o bom funcionamento do CME* ². *A principal importância do enfermeiro em uma CME é atuando como gerenciador , oferecendo a equipe boas condições de trabalho para alcançar objetivos propostos. Entre as atividades específicas de prevenção e controle de infecção hospitalar, evidencia primordialmente a equipe com conhecimento científico específico para a função, pois a assistência prestada ao paciente é indireta, mas pode trazer danos diretos a sua saúde* ³ . Seguindo as



etapas de execução padronizadas podem-se restringir os veículos transmissores de infecção, tendo em vista que qualquer falha humana ou mecânica coloca o paciente com risco eminente de contato microbiano. Deste modo destaca atividades específicas do enfermeiro: arquivo dos registros da monitoração e lotes, protocolos de todos os processos realizados na unidade, registros de testes biológicos de acordo com as normas da ANVISA; relatórios de manutenção preventiva e após falha do equipamento; realização de educação continuada com sua equipe. No entanto algumas dificuldades encontradas pelo enfermeiro para a execução de suas atividades são: falta de recursos financeiros para o setor, manuseio de novas tecnologias, além de capacidade de visualizar as necessidades de outras áreas que dependem do seu trabalho ². **CONCLUSÃO:** Diante do estudo em análise dos artigos pesquisados observa-se de maneira geral a importância do enfermeiro na CME visando a prevenção das infecções hospitalares. Destaca-se seu envolvimento nas várias etapas de trabalho da CME e na orientação de seus colaboradores. Verifica-se também que entre as dificuldades para execução do seu trabalho foram destacados falta de recurso, ambiente inadequado, falta de pessoal e vários destes fatores dependem de fatores não ligados ao profissional Enfermeiro propriamente dito. *Não pretendemos esgotar com essa revisão a temática em estudo, mas despertar para a necessidade de aprofundar mais pesquisas direcionada a CME.* **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Esse trabalho pretende despertar os profissionais de saúde para a importância de atuação do enfermeiro em uma CME, unidade esta de vital importância para o funcionamento de uma Unidade e que pode causar complicações serias para o nosso paciente.

REFERÊNCIAS

¹Souza, A. A. M.; Lima, A. R.; Sampaio, R. B. B.; Freitas, M. M.; Silva, J. O. M. ; Processamento e controle de materiais hospitalares da central de materiais esterilizados e seus interferentes na qualidade da assistência. *CIAFIS*; setembro 2016. Disponível no site: <https://eventos.set.edu.br/index.php/CIAFIS/article/view/2927>. Acesso em: 9 de maio de 2017.



²Tipple, A. F. V.; Souza, T. R.; Bezerra, A. L. Q.; Murani, D. B.; O trabalhador sem formação em enfermagem atuando em centro de material e esterilização: desafio para o enfermeiro; *Ver. Esc. Enferm. USP*.2005;39(2):173-80. Disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/07.pdf> Acesso em: 9 de maio de 2017.

³Souza, M. C. B.; Ceribelli, M. I. P. F. ; *Enfermagem no centro de material esterilizado-a prática da educação continuada*; *Rev. Latino-AM. Enfermagem* vol.12 no.5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2004. Disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n5/v12n5a10.pdf> Acesso em: 9 de maio de 2017.



REGISTROS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Kássylla Ferreira dos SANTOS^I; Thais Almeida GUERRA^{II}; Laís Bárbara FERREIRA^{III}; Renata De Souza GODOI^{IV}; Thais Almeida de ALVARENGA^V; Joyce Maryelle Matos da SILVA^{VI}; Valéria PAGOTTO^{VII}.

I Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de Goiás.

Kassyllasantos@gmail.com

II Acadêmica de Medicina na Universidade Federal de Goiás.

Thaisalmeidaguerra@gmail.com

III Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de

Goiás. Laisbarbaraferreira@gmail.com

IV Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de Goiás.

Renatagodoi@gmail.com

V Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de Goiás.

Thaisalvarenga0@gmail.com

VI Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de Goiás.

Joycemaryellementos@gmail.com

VII Professora Doutora da Universidade Federal de Goiás.

valeriapagotto@gmail.com

Eixo I

INTRODUÇÃO: Os Registros ou anotações de enfermagem são uma forma de promover a comunicação escrita de informações pertinentes à assistência ao paciente (Silva MCN, 2016). Esses registros são elementos fundamentais para o êxito do processo de cuidado (Matsuda LM et al, 2006). Quando esse registro não ocorre como o preconizado, pode comprometer a assistência destinada ao paciente, bem como a instituição e a equipe de enfermagem. Além disso, pode comprometer a segurança do paciente e dificultar a avaliação das intervenções realizadas e os resultados advindos da prática do enfermeiro. **OBJETIVO:** Relatar aspectos positivos e negativos da experiência da coleta de dados em prontuários de idosos



institucionalizados em ILPI. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Essa experiência ocorreu a partir de um Projeto de Extensão da Faculdade de Enfermagem da UFG - Projeto de Extensão *EnVelheCer* (Ensinar – Vivenciar – Cuidar). Todos os idosos foram avaliados para definição das ações a serem desenvolvidas. Para isso, foi realizada a coleta de dados individual e nos prontuários para que fosse possível sistematizar a assistência de enfermagem. **RESULTADOS:** A evolução diária da equipe de enfermagem, anotação necessária para a continuidade da assistência, foram observadas em menor frequência nos prontuários existentes, não foi identificada em grande parte do número de prontuários existentes, principalmente entre os usuários da modalidade do Centro dia. Também são poucos os registros dos técnicos de enfermagem. Os registros médicos e de enfermagem, nos presentes em prontuários de pacientes com maior tempo de internação, não possuem atualização do quadro de saúde, das datas dos registros dos atendimentos e de intercorrências com uso de medicamentos. As intercorrências de enfermagem são registradas em livro específico das enfermeiras, o que parece facilitar a comunicação entre as mesmas. Por outro lado, observa-se como pontos positivos, registros de todos os membros da equipe, como fisioterapeuta e nutricionista; aprazamento das medicações administradas; dados de avaliação geriátrica ampla. **CONCLUSÃO:** Frente a essa demanda, observa-se a necessidade de que os registros de enfermagem sejam reorganizados e que sejam realizados de forma contínua contribuindo para à qualidade da assistência disponibilizada dentro da instituição. Todo o cuidado desenvolvido deve estar registrado no prontuário do paciente para a sua segurança e para o respaldo da instituição e dos profissionais. **IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A coleta de dados e análise dos prontuários possibilitou a elaboração de um roteiro de avaliação dos idosos em conjunto com as enfermeiras da instituição, embasado na teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Ortho. Esse roteiro incluiu necessidades humanas básicas e necessidades específicas do idoso como: escala de depressão, avaliação da capacidade funcional para atividades básicas e instrumentais de vida diária. Também incluiu todos os títulos dos Diagnósticos de Enfermagem conforme a Taxonomia da NANDA, facilitando o julgamento clínico pelo enfermeiro. Esse roteiro é produto da parceria do Projeto de Extensão com a instituição e auxiliará no



planejamento de ações clínicas individuais e coletivas no âmbito de educação em saúde. Espera-se que essa ação tenha implicações positivas para o atendimento de enfermagem e seja um norteador para garantir a continuidade do cuidado com os idosos.

REFERÊNCIAS:

Matsuda LM, Silva DMP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006 [acesso em 2017 abr 25];8(3):415-21. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm

Silva MCN, et al. Guia de Recomendações para Registros de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem: 2016 [acesso em mai 2017]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/guia-de-recomendacoes-para-registro-de-enfermagem-no-prontuario-do-paciente-e-outros-documentos-de-enfermagem/>



A (IM)PERCEPÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO, SEGUNDO PUÉRPERAS

Sarah Késsia de Jesus DUARTE¹, Maria Eliane Liégio MATÃO², Elisângela Eurípedes Resende GUIMARÃES³, Damiana Aparecida Andrade de Carvalho MOREIRA⁴, Hérica Fernanda Ferreira VIANA⁵, Maryanna Oliveira da PAIXÃO⁶

1. Pontifícia Universidade Católica de Goiás - sarahkessiajd@hotmail.com
2. Pontifícia Universidade Católica de Goiás - liegio@ih.com.br
3. Pontifícia Universidade Católica de Goiás - elisangenf@gmail.com
4. Pontifícia Universidade Católica de Goiás - damianaparecida@gmail.com
5. Pontifícia Universidade Católica de Goiás - herica.f.f.viana@gmail.com
6. Pontifícia Universidade Católica de Goiás - maryannapaixao@hotmail.com

INTRODUÇÃO: A violência obstétrica¹ é uma realidade antiga, porém mais evidenciada nos dias de hoje. É um crime que ocorre, na maioria das vezes, silenciosamente por todo mundo², mas por ser praticamente desconhecido como tal, não é identificado nem tão pouco denunciado³. **OBJETIVO:** descrever a vivência de puérperas acerca da assistência obstétrica recebida, com destaque para a ocorrência de violência obstétrica. **ASPECTOS METODOLÓGICOS:** Trata-se de estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, realizado a partir de pesquisa de campo, com mulheres no período puerperal imediato, todas após vivência do segundo parto por via vaginal, estes acompanhados por profissionais médicos. Foi realizada entrevista aberta em profundidade, iniciada a partir de questão norteadora, a saber, conte-me como você foi atendida desde o momento que foi admitida na maternidade para dar a luz até sua chegada na enfermaria. Todas as entrevistas foram gravadas mediante autorização das participantes, digitadas e então reunidas num único *corpus* com posterior Análise de Conteúdo segundo Bardin⁴. A pesquisa foi avaliada pelo CEP da PUC Goiás, com parecer de aprovação número 1.068.123. **RESULTADOS:** Participaram treze puérperas, com média de idade de vinte e cinco anos e escolaridade com predomínio do ensino médio completo. As puérperas descreveram inúmeros fatos da assistência ao parto que receberam, sem identificá-los como violência obstétrica, alguns inclusive ditos que foram praticados para ajudar no processo parturitivo. Os conteúdos obtidos foram agrupados em três categorias temáticas, quais sejam, atitudes violentas, procedimentos desnecessários e estrutura física inadequada. **CONSIDERAÇÕES**



FINAIS: Importante o desenvolvimento de ações de educação em saúde, assim como a inclusão da temática nos grupos de gestantes durante o acompanhamento pré-natal, para o empoderamento das mulheres e resgate do protagonismo no parto, com vistas à identificação das situações que se caracterizam como violência obstétrica e a sua coibição. Necessário também, ações de educação permanente devem acontecer para viabilizar aos profissionais repensar sobre essa prática.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A atuação das enfermeiras na atenção ao parto tem destaque por contribuir para redução da ocorrência de violência obstétrica, em especial pela adoção cotidiana de boas práticas obstétricas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde. Além disso, tem papel imprescindível nesse enfrentamento pela contribuição em ações de educação junto aos diferentes atores potencialmente envolvidos.

Referências

- 1- COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER. Instituto para Promoção da Equidade, Assessoria, Pesquisa e Estudos. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, 'Convenção Belém do Pará'. São Paulo: KMG, 1996.
- 2- FONEITE, J;FEO,A; MERLO, J.T. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Rev Obstet Ginecol Venez. v.72,n.1, 2012.Disponível em:<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322012000100002&script=sci_arttext> Acesso em: 02 de dezembro de 2015.
- 3- WOLFF LR, WALDOW VR. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008.
- 4- BARDIN, L.. Análise de conteúdo: t. ex.: 2 Laurence Bardin; tradução [de] Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo, SP: Edições 70, 2011. 279 p.



A Enfermagem na assistência à saúde e prevenção do Vírus da Imunodeficiência Humana

Cássio Fernandes de Souza^I; Eci Tavares Chagas^{II}; Lúcio Marcos Silva de Oliveira^{III}; Shara Silva Lima^{IV}; Wemerson de Souza Pajau^V.

Introdução: O HIV ataca o sistema imunológico e seus portadores se vêem obrigados a conviver com uma doença crônica, e que implica em diversas conseqüências físicas, psicológicas, sociais e econômicas (HELENO; SANTOS,2004).SIDA em humanos é provocada por dois lentivírus, HIV-1 e HIV-2, segundo (CANINI et al.,2004) apesar do conhecimento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) ter ocorrido há pouco mais de três décadas, o número de pessoas infectadas e doentes tem aumentado vertiginosamente nesse curto período de tempo . A AIDS é uma doença causada pelo vírus do HIV, que é um retrovírus adquirido principalmente por via sexual (sexo desprotegido) e sanguínea, por meio de objetos perfurocortantes contaminados. O vírus do HIV se reproduz no corpo humano nos linfócitos TCD4+, tornando o corpo vulnerável à infecção por doenças oportunistas (M S, 2006). **Objetivo:** Orientar sobre HIV/AIDS os transeuntes em uma praça pública em Goiânia. **Metodologia:** Atividade de educação em saúde em praça pública. Acadêmicos de enfermagem realizou visita na Praça Cívica em Goiânia, com a intenção de promover mudanças positivas por meio do conhecimento, para que o indivíduo reflita sobre seus comportamentos, que podem afetar a saúde. As ações educativas são capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde. Após orientação foi entregue informativos sobre prevenção ao HIV/AIDS e preservativos. O evento foi registrado com fotos. **Resultados e Discussão:** A equipe, formada por acadêmicos do 6º período de enfermagem realizou atendimento, através de atividades educativas em grupo, sensibilizando a população que a prevenção é o caminho mais seguro para promover uma diminuição dos índices de pessoas infectadas pelo vírus. Durante o ato, foram abordados uma amostragem de 53 pessoas, de ambos sexo, predominante no sexo feminino. Os participantes demonstraram ter interesse pelo assunto e participaram com entusiasmo. Resultados obtidos durante amostragem apresentado (figura1). **Conclusão:** Esta ação proporcionou reflexão sobre a importância do Enfermeiro como Educador em Saúde. A enfermagem tem o papel fundamental para total esclarecimento da população, desde a promoção, proteção e a recuperação da saúde do indivíduo.**Referencias:**

HELENO, M.G.V; SANTOS, H. **Adaptação em pacientes portadores do Virus da Imunodeficiência Humana - HIV.Psic., Saúde & Doenças** [online]. 2004, vol.5, n.1, pp.87-91. ISSN 1645-0086.

Canini SRMS, Reis RB, Pereira LA, Gir E, Pelá NTR. **Qualidade de vida de indivíduos com HIV/aids:** uma revisão de literatura. Rev Latino-am Enfermagem 2004 novembrodezembro; 12(6):940-5.

Brasil, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS.** Boletim epidemiológico AIDS. Brasília-DF, Ano III, nº 1, Jan a Jun/ 2006 a. p. 3-5.



TECNICA DE ADMNISTRAÇÃO INTRAMUSCULAR VENTRO-GLÚTEA E ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Henglika Francisca da SILVA¹

Izabella Carvalho de ALMEIDA¹

Deborah Evellyn Gomes da SILVA¹

Maria Luiza Rebouças MARTINS¹

Ramon Brandão BRITO¹

Keila Renata TAVARES¹

Mario Silva ARAÚJO²

¹- Discentes do curso de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC GOIAS) - e-mail: henglikasilva@gmail.com

² - Enfermeiro, Especialista em Terapia Intensiva, Mestrando em Ciências da Saúde. Docente Mario Silva Araújo da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

INTRODUÇÃO: A administração de fármacos injetáveis por via intramuscular (IM) é um procedimento frequentemente utilizado na assistência de Enfermagem. É um procedimento invasivo que demanda cuidados específicos, dentre eles critérios adequados na escolha da região para sua realização¹. Dentre os aspectos a serem considerados, destaca-se a segurança do paciente, tanto no resultado terapêutico da droga como na minimização dos riscos de lesões, exigindo que a seleção da região seja baseada em evidências científicas². Para aplicação de injeções de medicamentos oleosos, leitosos, irritantes e com volume menor ou igual a 4ml, são considerados duas áreas: dorso glútea (DG) e ventroglútea (VG)³. **OBJETIVO:** Descrever os fatores que contribuem para a não escolha da região ventroglútea como primeira opção entre profissionais de Enfermagem. **DESCRIÇÃO METODOLOGICA:** Trata-se de uma revisão narrativa realizada por meio da busca na base de dados SciELO e em periódicos, Revista Eletronica de Enfermagem, Revista de Enfermagem da Universidade Federal Santa Maria, Revista de



Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco e para a busca, definiu-se os seguintes descritores no DeCS: “técnica ventro glútea” e “profissionais de Enfermagem”, no período de 2010 a 2017. **RESULTADOS:** Estudo científicos reforçam a técnica VG, como sendo a mais segura para administrações intramuscular (IM), devido as características musculares da região ventroglútea, tais como maior espessura, livre de grandes vasos sanguíneos e ramificações nervosas, além de suas estruturas anatômicas poderem ser facilmente delimitadas por palpação, com o auxílio da identificação de limites ósseos que orientam a identificação do ponto adequado para realizar a técnica¹. A resistência em utilizar a área ventroglútea pode estar associada ao fato de que muitos profissionais de enfermagem não são treinados para executar esta técnica, contribuindo para a insegurança em realizar o procedimento⁴. Estudo realizado com 68 profissionais da área de enfermagem, sobre o conhecimento na aplicação de injeção intramuscular na região VG, apontou que 66,2% não a conhecem e, em relação à administração de medicamentos, 57,3% referiram não utilizar a técnica. O estudo identificou ainda que, não a utilizam de acordo com 67,16% dos participantes, devido ao desconhecimento da delimitação geométrica⁵. Após a realização de uma coleta de dados, a qual avaliou o conhecimento dos profissionais de enfermagem, em uma unidade de emergência brasileira, antes e após uma capacitação teórica e prática sobre a técnica de injeção IM na região ventroglútea, antes do treinamento, dos 24 participantes, apenas 37,5% a executaram, porém de forma incorreta, após a capacitação, no entanto, todos os profissionais realizaram com sucesso a técnica⁴. O pouco conhecimento e a baixa adesão dos profissionais de Enfermagem a técnica de administração VG está relacionada ao pouco conhecimento sobre a região, delimitação geométrica e a formação profissional. **CONCLUSÃO:** Diante do exposto faz-se necessário programas de educação continuada para profissionais de enfermagem e implementação eficaz dessa temática na graduação, no intuito de desenvolver o conhecimento técnico-científico adquirir habilidades para administrar injeções IM na região ventroglútea. **CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM:** Promover segurança a equipe de Enfermagem na realização da técnica de administração VG, garantindo assim autonomia aos profissionais e qualidade na assistência prestada.



Referencia:

1-Freita, VL; Dalmol, IS; Badke, MR; Petroni, S. Injeções Intramusculares Ventroglútea O Conhecimento Da Técnica Pelos Profissionais De Enfermagem. **Rev enferm UFPE**. 2015; 9(2):799-805. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10402/11170>.

2- Laura, FO; Priscilla, SJ; Maisa, RS; Márcia, MS; Sheila, AT; Ana, LNJ. **Ensaio clínico controlado randomizado: região ventro glútea, local alternativo para aplicação da benzilpenicilina benzatina G Ventrogluteal region, an alternative location to apply benzathine penicillin**. Rev. Eletr. Enf. 2015 out./dez.;17(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.29612>.

3- Walters M, Furyk J. Nurse education in a resource limited environment: an evaluation of an educational teaching package on intramuscular injections, in Blantyre, Malawi. **Nurse Educ Pract**. 2010;10(5):256-61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2009.11.015>.

4- Fernanda, REG; Juliana, PM; Elisabeth, GA. Avaliação do Conhecimento de Profissionais de Enfermagem sobre a Injeção Ventroglútea. Cienc. Enferm. 2014, ago; 20(2). Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200004&lang=pt.

5- Dalmol, IS; Freita, VL; Petroni, S; Badke, MR. Injeções Intramusculares Ventroglútea e a utilização Pelos Profissionais De Enfermagem. **Rev Enferm UFSM**. 2013; 3(2):259-265. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8080/pdf>.



DIMENSÕES DA QUALIDADE DE VIDA DE HOMENS EM SITUAÇÃO DE RUA: ESTRATÉGIA PARA CUIDADO A GRUPOS SOCIAIS ESPECIAIS

(Dayane Cristina dos Santos ALVES¹; Samuel Antoneli Manso de ARAÚJO¹; Wilian Santana de SOUZA¹; Alcides Pereira Soares NETO²; Marcia Maria SOUZA³; Marcos André MATOS³)

1- Aluno de Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás FEN/UFG.

2- Aluno Pós-graduação *Strictu Sensu* - mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás FEN/UFG.

3- Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás FEN/UFG.

d.alves@msn.com; samuelanto12@gmail.com; wil8@hotmail.com;
alcidespsn@gmail.com; marcia.fen@gmail.com; marcosmatos@ufg.br;

Introdução: Conceituar qualidade de vida (QV), ainda hoje, representa um grande desafio, uma vez que envolvem valores culturais, políticos, éticos, religiosos e pessoais.¹ Não obstante, identificar as dimensões da qualidade de vida de populações vulneráveis, como homens em situação de rua, constitui uma importante estratégia para elaboração de políticas de saúde.² **Objetivo:** Conhecer a percepção de homens em situação de rua de Goiânia-Goiás acerca do significado de qualidade de vida, bem como identificar as dimensões da qualidade de vida auto referidas.

Metodologia: Estudo de abordagem qualitativa, realizado no período de 14 a 20 de setembro de 2016 com doze homens em situação de rua, militantes do movimento de rua de Goiás, Brasil Central. Para a coleta de dados, realizada nas dependências da Faculdade de Enfermagem, utilizou-se grupo focal, sendo que as falas foram gravadas, transcritas e categorizadas mediante a análise temática. As categorias que emergiram das entrevistas foram classificadas segundo alguns domínios e facetas do arcabouço teórico do módulo WHOQOL-OLD. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com protocolo – parecer consubstanciado 045/13.

Resultados: Inicialmente, muitas pessoas da academia ao ver os moradores de rua no espaço público se mostraram constrangidas, evidenciando os estigmas em torno dessa população. A análise temática dos dados permitiu identificar que a QV esteve



associada a respeito, participação social e oportunidades/capacidade de trabalho. As categorias mais representativas foram: capacidade de trabalho; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; e espiritualidade/religião/crenças pessoais. Esses dados possibilitaram ferramentas para avaliar o movimento de militância desse grupo social marcado pela exclusão social e que necessita de investimentos dos governantes, profissionais da saúde e assistência social e, em particular da sociedade civil, haja vista que eles são vítimas de um modelo socialmente excludente. Cabe destacar que durante os encontros subsequentes do movimento, os dados da pesquisa foram apresentados e colocados à discussão, emergindo grandes reflexões do papel do movimento e de sua identidade. **Conclusão:** As categorias de qualidade de vida estiveram integradas a questões relacionadas ao coletivo, muito provavelmente devido ser homens membros do movimento de moradores de rua do Estado brasileiro. **Contribuições/Implicações para a enfermagem:** Os achados desta pesquisa representam um grande avanço para o entendimento da qualidade de vida de segmentos populacionais que apresentam vulnerabilidades, um tema bastante incipiente e que carece de atenção. Ainda, a mensuração da qualidade de vida dos homens em situação de rua constituiu um desafio para os pesquisadores, com perspectivas de poder auxiliar na construção de estratégias para a inclusão da qualidade de vida como medida de resultados em saúde para grupos emergentes, flutuantes, desprovidos de políticas de saúde e que possuem vulnerabilidade individual, social e programática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Hallais JAS, Barros NF. Consultório de rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Caderno de saúde pública. 2015.
- [2] Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de saúde das equipes dos consultórios de rua. Caderno de saúde pública. 2014.



Modalidade: Relato de experiência Eixo II

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM ÚLCERAS VENOSAS: SÍNTESE DA LITERATURA DOS ÚLTIMOS 5 ANOS.

Emilio Viana SANTANA¹; Geovanka Sousa PAIXÃO²; Joyce Nunes CABRAL³; Larissa Rodrigues de ALMEIDA⁴; Larissa Silva MAGALHÃES⁵; Nathália Caetano Barbosa TEIXEIRA⁶; Rayana Gomes de Oliveira LORETO⁷

1. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. emiliosantana@outlook.pt
2. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. geovanka.paixao@hotmail.com
3. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. joycecabral@outlook.com
4. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. rs-larissa@hotmail.com
5. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. larissasilvamagalhaes57@gmail.com
6. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. nathaliacaetano20062@gmail.com
7. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. rayana.loreto@hotmail.com

Introdução: A úlcera venosa (UV) é uma complicação tardia da insuficiência venosa crônica (IVC) e podendo surgir devido a traumas ou espontaneamente, apresentando altos índices de recorrência ¹. Sabe-se que 70 a 90% das úlceras de perna são de etiologia venosa². Devido ao significativo índice de prevalência, impacto social, econômico este é considerado um problema de saúde pública³.

Objetivos: Sintetizar o panorama das publicações relacionados aos cuidados de enfermagem com úlceras venosas, nos últimos cinco anos. **Descrição**

metodológica: Trata-se de uma revisão bibliográfica, com abordagem quantitativa. O material da pesquisa abrange as teses, dissertações e artigos científicos na área da enfermagem e da saúde, publicados no período de 2012 a 2017, disponíveis em bases de dados como PUBMED, BVS (LILACS, MEDLINE, SciELO, BDEFN), COCHRANE, Portal CAPES, e periódicos como Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN), Revista Eletrônica de Enfermagem (REN), Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP), Revista Gaúcha de Enfermagem (RGE). Os idiomas utilizados foram português, inglês e espanhol, cujos descritores selecionados foram úlcera venosa e cuidados de enfermagem, separados pelo Operador Lógico Booleano "AND". **Resultados:** De acordo com a busca realizada, foram encontrados 437 artigos que abordam os cuidados de enfermagem relacionados com úlcera varicosa. Quanto às bases de dados foram identificados, 154 no Portal CAPES, 152 artigos na BVS, 121 na PUBMED e 01 artigo na



Cochrane Library. Em relação aos periódicos, foram detectados 06 artigos na RGE, 03 artigos na REBEN, 02 artigos na REN e 01 na REEUSP. **Conclusão:** Ainda existem lacunas quanto à assistência de enfermagem à úlcera venosa. O enfermeiro é o profissional com maior capacidade técnico-científico para prestar cuidados a estes clientes, para alcançarmos uma assistência satisfatória, é preciso de mais produções acerca da temática. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** Estudos apontam a existência de uma assistência precária ofertada ao paciente portador de úlcera venosa, sendo assim esta pesquisa aponta a necessidade de mais pesquisas e publicações relacionadas com a temática abordada, para que possa induzir a debates, criação de protocolos, que propiciem um manejo adequado destes usuários.

Referências

1. Macedo EAB, Oliveira AKA de, Melo GSM, et al. Caracterização sócio-demográfica dos pacientes com úlcera venosa atendidos em um hospital universitário. Rev Enferm UFPE on line, n 4, p 1863-7, 2010.
2. Carmo SS, Castro CD, Rios VS, Sarquis MGA. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. Rev. Eletr. Enf., n 9, v 2, p 506-17, 2007.

Conferência Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior.
Documento de consenso C.O.N.U.E.I. Barcelona: Kamed; 2009



A IMPORTÂNCIA DA ESCALA DE BRADEN NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

AUTORES: Nadja Naira Pimenta MOREIRA*; Tatiane Félix Barbosa de QUEIROZ*;
Thainara Lorraine Costa e Silva PEREIRA*; Wanessa de Castro BARROS*;
Sergiane Bisinoto ALVES**; Vanusa Claudete Anastácio Usier LEITE**

* Discentes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás:

nadjanaira_hta@hotmail.com; tatianefbqueiroz@hotmail.com;

thainara-17@hotmail.com; wanessa.cb07@hotmail.com

** Docentes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás:

sergianebisinoto@yahoo.com.br; vanusaclaudete@gmail.com

ORIENTADORA: Profa. Ms. Silvia Rosa de Souza TOLEDO**

** Docente da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

e-mail: silviarosatoledo@gmail.com

INTRODUÇÃO. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), regulamentada na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86 e disposta pela Resolução COFEN-358/09, é uma metodologia científica que objetiva garantir qualidade e segurança no cuidado ao paciente¹⁻³. Na detecção e prevenção de Lesão por Pressão (LPP), as intervenções clínicas de enfermagem podem ser aperfeiçoadas utilizando escalas preditivas que auxiliam na implantação de medidas específicas e análise de risco, dentre as quais, destacam-se na literatura a de Norton, Waterlow e Braden⁴. A LPP é localizada e resultante da compressão, associada ou não à fricção ou cisalhamento do tecido mole entre uma proeminência óssea e uma superfície rígida, acometendo pele e/ou tecidos subjacentes⁵. A Escala de Braden (EB) integra seis subescalas: percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade, nutrição, fricção ou cisalhamento⁴. As escalas são pontuadas de um a quatro, exceto fricção ou cisalhamento, cuja medida varia de um a três. O score total pode variar de 6 a 23 pontos, sendo os pacientes classificados: risco muito alto (scores ≤ 9), risco alto (de 15 a 18 pontos) e sem risco (scores ≥ 19)⁵. **OBJETIVO.**



Relatar a compreensão crítico-reflexiva de acadêmicos do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO), sobre a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem, no que tange a utilização da EB.

METODOLOGIA. Relato de experiência de discentes de Enfermagem da PUC-GO, como parte da vivência desenvolvida na graduação no ano de 2016, em espaço hospitalar do município de Goiânia, com foco na observação sobre a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem e EB. O estudo fundamentou-se na Metodologia da Problematização com o Arco de Magueres, em artigos científicos sobre o tema e no Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão do Ministério da Saúde⁵.

RESULTADOS. Os estudantes observaram criticamente a realidade prática hospitalar e perceberam que a EB é um preditor importante na identificação do desenvolvimento na prevenção de LPP e que remete à importância dos avanços na Sistematização da Assistência de Enfermagem, no alcance de qualidade e segurança no cuidado ao paciente. Discutiram que a EB é de fácil utilização e que é fundamental para a atuação do enfermeiro, pois permite conhecer o risco individual de cada paciente, qualificar a intervenção clínica e instrumentalizar o profissional na tomada de decisões e na implementação de ações efetivas para a melhoria da qualidade de vida.

CONCLUSÃO. Proporcionou ampliação do conhecimento e da capacidade crítica-reflexiva sobre a utilização da EB frente à assistência prestada de forma individual e integral para evitar danos e prevenir lesões, considerando doenças de base, e possibilitando um acompanhamento biopsicossocial ao paciente.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM. Remete à importância de capacitações sobre escalas que predizem o risco de desenvolvimento de LPP, assistência qualificada e segura, com diagnóstico das lesões, intervenções de enfermagem, recomendações e avaliação dos resultados do cuidado implementado. Assim, as ações desenvolvidas pela enfermagem podem auxiliar a equipe de saúde e fortalecer a implementação da SAE, numa abordagem de individualização e humanização do cuidado como um poderoso instrumento de valorização profissional.

REFERÊNCIAS



1- Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, 2010.

2- Presidência da República. Lei 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 03 Mai 2017.

3- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 03 Mai 2017.

4- Santos CT, Almeida MA, Lucena AF. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24: e 2693. Available in: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02693.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0782.2693>. Access 07 Mai 2017.

5- Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao>>. Acesso 07 Mai 2017.

O ESTRESSE ENFRENTADO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS FIXAS

Gillália Mendes RIBEIRO, Maria Luzia Silva LIMA, Jordana Alves Barbosa Dos SANTOS, Denise Pinheiro Marques ALVES, Xisto Sena PASSOS

Universidade Paulista, Campus Goiânia Flamboyant. E-mail: gilhirto@hotmail.com

Resumo

Introdução- O estresse é uma resposta inteligente do organismo a uma possível ameaça, este mecanismo de defesa pode ser benéfico ou maléfico dependendo da adaptação do organismo¹. Nas unidades de urgência e emergência os profissionais devido à complexidade do serviço estão constantemente suscetíveis ao estresse; portanto o objetivo do presente estudo foi identificar o estresse percebido pela



equipe de enfermagem atuante em uma unidade de urgência e emergência fixa². Métodos – Foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados *Scielo*, periódicos *Capes* e *Pubmed Ncbi*. Os critérios de inclusão foram: artigos eletrônicos publicados na íntegra, no período de 2012 a 2017 na língua portuguesa e inglesa. Resultados- Foram selecionados oito artigos, na qual foi identificado que o estresse ocupacional da equipe de enfermagem, está relacionado com a relação interpessoal conflituosa, sobrecarga de trabalho em que os profissionais são submetidos³. Observou-se ainda que os técnicos de enfermagem são mais sensíveis ao estresse, pelo fato de estarem mais exposto a situação de vulnerabilidade no trabalho⁴. Destacam se também como fatores de estresse na equipe de enfermagem a dinâmica de adaptação aos plantões noturno e a falta de reconhecimento profissional presente na distinta profissão, salientando os efeitos do estresse na enfermagem⁵. Conclusão- Conclui-se que diante das dificuldades encontradas as instituições elaborem novas estratégias de organização para que tenha, mudanças visando melhores condições de trabalho.

Descritores: Enfermagem, emergência e burnout.

Referências

1. Ferreira N do N, Lucca SR de. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. Revista. Brasileira epidemiol.; v.18, n. 1, p.68, 2015.
2. Brasil M da S. Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde. Brasília-DF: 2013.
3. França FM de, Ferrari R, Ferrari DC, Alves ED. Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois. Revista. Latino-Am Enfermagem. v. 20, n5, p.9 2012.
4. Seleglim MR, Mombelli MA, Oliveira MLF de, Waidman MAP, Marcon SSI. Sintomas de estresse em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de pronto socorro. Revista. Enfermagem.v.33, n.3 ,p.165 2013.
5. Loro MM, Guido LDA, Silveira CR. Desvelando situações de risco no contexto



de trabalho da Enfermagem em serviços de urgência e emergência. Revista. Anna Nery. v.20, n. 4 p.8, 2016

A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO A PESSOAS DIABÉTICAS INSULINODEPENDENTES

Autores: Kássylla Ferreira dos SANTOS^I; Daniela Moreira DIAS^{II}; Joyce Gabriella Menezes SILVA^{III}e Valéria PAGOTTO^{IV}

^IAcadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. kassyllasantos@gmail.com

^{II}Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Danielladias01@hotmail.com

^{III}Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. joycegabriella@gmail.com

^{IV}Professora Doutora Universidade Federal de Goiás. valriapagotto@gmail.com

INTRODUÇÃO: O enfermeiro tem papel central no cuidado ao diabético e a consulta de enfermagem constitui-se uma ferramenta que garante assistência integral tendo em vista que possibilita ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e limitação do dano (Mascarenhas et al, 2011). **OBJETIVO:** relatar experiência da implantação da consulta de enfermagem em um ambulatório de endocrinologia em Goiânia-GO. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Este é um dos resultados de um Projeto de Extensão que foi desenvolvido pela Faculdade de Enfermagem da UFG cujo objetivo maior foi sistematizar a assistência de enfermagem em um serviço de atenção secundária a pessoas diabéticas da Secretaria Municipal de Saúde. No local são atendidos em média 60 diabéticos insulino-dependente por mês. **RESULTADOS:** A consulta de enfermagem foi estruturada para melhor subsidiar o enfermeiro no processo de cuidar dos diabéticos. Sabe-se que a pessoa em uso de insulina requer cuidados que vão desde a conservação, preparo e administração adequada, até o autocuidado seu estilo de vida. Sendo assim, a consulta foi proposta respeitando as cinco etapas do Processo de Enfermagem. Para a Coleta de dados foi elaborado um roteiro, incluindo tanto informações para avaliação clínica, como uma lista dos problemas e intervenções de enfermagem mais frequentes, o que tem possibilitado melhor dinâmica e organização do tempo de serviço. Os alunos compareciam ao ambulatório uma vez por semana e atendiam em média 3 pacientes, sendo uma hora para cada um. Nas consultas já realizadas foram abordadas questões relacionadas a doença, cuidados com alimentação, estilo de vida e uso de insulina, e observou-se que a maioria dos clientes apresentam erros na conservação, mistura e administração e também no



descarte de resíduos, além de problemas sociais e emocionais que dificultam o controle. Por meio da consulta foi possível estabelecer uma relação de ajuda, capaz de permitir ao cliente a compreensão de seus problemas, esclarecimentos que propiciam autonomia em seu autocuidado, garantindo apoio para controlar a doença. **CONCLUSÃO:** A consulta de enfermagem foi implementada durante o desenvolvimento do projeto, e pode-se concluir que contribuiu para sistematizar a assistência do enfermeiro e para realizar o cuidado com os diabéticos, uma vez que durante sua execução foi possível avaliar e intervir conforme as necessidades prioritárias desses pacientes. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** O resultado deste projeto tem contribuições positivas para o trabalho do enfermeiro, pois possibilita a aplicação, das etapas do Processo de Enfermagem, conforme recomendado na Resolução COFEN (358/2009). Assim, garante que o paciente seja acolhido e conseqüentemente tenha suas condições de saúde monitoradas, pois na consulta de enfermagem o enfermeiro ouve, aconselha e orienta de forma humanizada e promove o bem-estar físico e emocional do usuário.

REFERÊNCIAS:

Mascarenhas, et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. Rev Bras Enf [Internet]. Brasília jan-fev 2011 [acesso em mai 2017]; 64(1): 203-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a31.pdf>.

COFEN – Resolução COFEN nº 358/2009: Sistematização de Enfermagem e a Implementação. Acesso em mai 2017. Disponível em: http://www.cofen-ro.org.br/resolucao-cofen-35809-dispoe-sobre-a-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-e-a-implementacao_800.html.

MITOS SOBRE MULHERES COM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cássio Henrique Alves de OLIVEIRA¹, Jovana Ferreira de OLIVEIRA², Marina Costa e SILVA³,
Rejany Mendes VIEIRA⁴, Elisângela Eurípedes Resende GUIMARÃES⁵, Maria Madalena Del
Duqui LEMES⁷, Maria Aparecida da Silva VIEIRA⁷

1. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, cassioolive@live.com

2. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, jokrein@gmail.com



3. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, marina-costa-12@hotmail.com
4. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, rejany_gui@hotmail.com
5. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, cidavi00@gmail.com
6. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, mdelduqui@gmail.com
7. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, elisangenf@gmail.com

Introdução: Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) é um importante problema de Saúde Pública, constituindo a segunda causa de morbidade em mulheres jovens em países em desenvolvimento¹. Trata-se de um tema para ser discutido, acerca de gênero, sexualidade, comportamentos sexuais e a história da relação sexo e sociedade². **Objetivos:** Relatar a experiência sobre o estigma da mulher com IST e discorrer sobre a confiança no parceiro único. **Aspectos Metodológicos:** relato de experiência que utilizou o método do Arco de Charles Magueres³. O estudo foi conduzido por discentes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, que identificaram uma situação-problema (mulher com sinais sugestivos IST). **Resultados:** Mulher de 34 anos, casada, com dor abdominal, dispareunia e leucorréia. Refere ter parceiro único e ter feito laqueadura. Não utiliza preservativo nas relações sexuais. Ao exame e coleta citopatológica, sinais de Blumberg e Rosving negativos, leucorréia moderada (aspecto leitoso, esbranquiçado), característica de cervicite, com odor fétido, sem prurido. Iniciada abordagem sindrômica para Gonorreia ou Clamídia. A IST foi confirmada pelo resultado laboratorial, e o tratamento ofertado à mulher e o parceiro. Foi realizado aconselhamento quanto ao uso do preservativo. **Considerações Finais:** Uso da metodologia da problematização permitiu a reflexão-ação-reflexão, sobre atitudes sexuais das mulheres que praticam sexo com parceiros fixos sem preservativo. A infecção por IST ainda está envolvida por mitos, entre eles, a visão de que as mulheres que possuem múltiplos parceiros, rotuladas como promiscuas, são as mais susceptíveis à contrair IST⁴. No entanto, o presente estudo evidenciou que mulher que possui parceiro único e não pratica sexo seguro com o uso de preservativo também está suscetível a contrair IST⁵. Nos últimos anos, os conceitos em IST



têm ampliado. Assim, a ideia de que as IST acometiam apenas mulheres e homens de vida promíscua não se aplica mais. Neste cenário, outros investigadores identificaram que a vulnerabilidade das mulheres às IST pode se dar pela submissão sexual ao homem, uso da pílula e a ideiação de que o seu parceiro fixo não a contaminará. Para estes autores, estes dois últimos fatores podem estar relacionados entre si, tendo em vista que as mulheres, principalmente em relacionamento estável, depositam confiança no parceiro ao não usar preservativo, preocupando-se apenas com utilização da pílula para evitar gravidez^{1, 5}. A intervenção realizada buscou o fortalecimento da usuária com a unidade, esclarecimento de dúvidas sobre IST e sexo seguro. Na etapa preconizada pelo Arco de Magueres, de aplicação à realidade, o grupo de discentes realizou como intervenção um momento de educação em saúde com mulheres da unidade Estratégia de Saúde da Família sobre as questões de IST e sexo seguro, em conjunto com os profissionais da saúde. **Contribuições para a Enfermagem:** Este caso permite à equipe multidisciplinar, especialmente à enfermagem, ampliar a compreensão sobre gênero, sexualidade e sexo seguro, uma vez que buscam a promoção da saúde e a integralidade do cuidar. O Enfermeiro(a) poderá ajudar na desconstruções dos mitos relacionados às IST buscando conscientizar sobre o uso do preservativo.

Referências:

1. AMORIM, A.K. A. et al. Crenças comportamentais e normativas sobre o uso de preservativo. **Revista Psicopedagogia online**. Disponível em: <http://www.psicopedagogia.com.br/new1_artigo.asp?entrID=1953#.WBYFiSRSG2m> Acesso em: 04 de março de 2017.
2. JANEIRO, J. M. S. V. et al. As atitudes sexuais, contraceptivas, o lócus de controle da saúde e a autoestima em estudantes do ensino superior. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**. Volume 26, número 4, Fortaleza. 2013.
3. BERBEL, N. A. N. **Metodologia da Problematização: fundamentos e aplicações**. Londrina: Editora UEL, 1999.



4. MARTINS, I. **Nem promíscuo, nem promíscua**. Disponível em: <<http://epoca.globo.com/colunas-e-blogs/ivan-martins/noticia/2013/08/nem-bpromiscuob-nem-promiscua.html>> Acesso em: 04 de março de 2017.]

5. AMORIM, A.K. A. et al. Crenças comportamentais e normativas sobre o uso de preservativo. **Revista Psicopedagogia online**. Disponível em: <http://www.psicopedagogia.com.br/new1_artigo.asp?entrID=1953#.WBYFiSRSG2m> Acesso em: 30 de outubro de 2016.

SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS FRENTE AO ATENDIMENTO ÀS GESTANTES COM HIV DE UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA ESTADUAL.

Autores: Nayara Franklin CESAR¹, Amanda Santos Fernandes COELHO², Priscila Sousa COSTA³, Marília Cordeiro de SOUSA⁴, Abadia Rosa Canguçu SOUSA⁵, Janaína Valadares GUIMARAES⁶, Kauhan Ribeiro de PAULA⁷.

1. Enfermeira, Residente do Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica da SES-GO/HMI, e-mail: fcnayara@hotmail.com;
2. Enfermeira Neonatologista, Coordenadora do Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica da SES-GO/HMI, e-mail: amandasantospi@yahoo.com.br;
3. Enfermeira Obstetra, e-mail: priscilasousacosta@hotmail.com;
4. Enfermeira Neonatologista, Mestre em Enfermagem, e-mail: maacsousa@hotmail.com;
5. Técnica de Enfermagem do Hospital Materno Infantil, e-mail: rosacangucusousa@yahoo.com.br;
6. Enfermeira, Doutora em Enfermagem e Docente da UFG, e-mail: valadaresjanaina@gmail.com;
7. Enfermeiro, Residente do Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica da SES-GO/HMI, e-mail: kauhan_25@hotmail.com.



INTRODUÇÃO: A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) representa um problema de saúde pública de importância reconhecida e confirmada, isso devido sua característica pandêmica e de alta infectividade. Em populações com maior vulnerabilidade uma série de fatores sociais, econômicos, individuais e políticos acabam dificultando seu acesso a medidas de intervenção e prevenção da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2014a). O cuidado prestado pelo enfermeiro é de fundamental importância, pois busca a promoção, manutenção e recuperação da saúde no paciente levando sempre em consideração o respeito, consideração e afeto pelo paciente. O processo de prestação de cuidados realizados pelo enfermeiro inclui práticas e ações emocionais como a empatia pelo paciente soropositivo passando a entender o mesmo e colocando-se no lugar (FORMOZO; OLIVEIRA, 2010). **OBJETIVO:** Descrever os sentimentos e percepções dos enfermeiros frente ao atendimento às gestantes com HIV. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de um estudo com delineamento descritivo, analítico, de abordagem quantitativa. A presente pesquisa foi realizada por meio de entrevista sendo o público alvo 34 enfermeiros em um hospital público de referência estadual em atendimento de casos de média e alta complexidade nas áreas da saúde da mulher e da criança na Região Centro-Oeste, que assistiram gestantes com diagnóstico de HIV no período de junho e julho de 2016. A análise dos dados foi mediante estatística descritiva. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado via Plataforma Brasil com número do parecer 1.382.585 e CAAE: 50903815.0000.5080. **RESULTADOS:** Verificou-se neste estudo que 19 (79%) disseram que a conduta não mudou ao saberem que estavam prestando assistência a uma gestante com sorologia positiva para HIV, enquanto os demais relatam receio e medo; 15 (62%) gostariam de prestar assistência a gestantes com HIV; 16 (67%) disseram que percebe que a equipe muda a forma de agir quando presta assistência a gestante com HIV; 14 (58%) redobram atenção nos cuidados com a gestação HIV; 15 (63%) ao saberem que há uma gestante com sorologia positiva para HIV em seu setor de trabalho, falam sobre o assunto abertamente assim como faria com qualquer outra gestante. **CONCLUSÃO:** É importante os profissionais superarem barreiras discriminatórias e dificuldades ao cuidar do paciente com HIV/AIDS compreendendo a situação sócio-cultural, respeito por suas crenças e comportamentos, aceitando



sua orientação sexual, raça e estilo de vida. Através da mudança de comportamento de toda a equipe de enfermagem, o profissional poderá desenvolver uma relação de confiança e respeito e conseqüentemente fazendo com que essa paciente sinta-se parte do meio.

PALAVRAS-CHAVES: HIV, conhecimento, gestante, enfermeiro, teste rápido.

REFERENCIAS:

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo de investigação de transmissão vertical**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56592/tv_2_pdf_18693.pdf. Acesso em: 05 mai. 2017.

FORMOZO, G.A; OLIVEIRA, D.C. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **Rev. bras. enferm**, Brasília, 2010, 63(2), p. 230-237. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200010> Acesso em: 08 mai. 2017.



O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

(NOTA PRÉVIA)

Vitoria Quesado Alencar Soares¹; Milca Severino PEREIRA². Adenícia Custodia

Silva e SOUZA².

¹Discentes do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás) ²Orientadoras e Professoras Doutoradas do Curso de Enfermagem PUC-Goiás.

Introdução: A Higienização das Mãos (HM) tem mostrado a sua eficácia, além de ser uma medida simples e importante na prevenção e controle das Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS) e prevenção de doenças que atingem diretamente a Segurança do Paciente¹. As taxas de infecções aumentam quando os profissionais não aderem à essa medida. As IRAS trazem mais danos ao paciente, aumento do tempo de internação, resistência antimicrobiana e aumento dos custos hospitalares. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou 5 momentos da Higienização das Mãos: antes e após contato com o paciente, antes da realização de procedimentos assépticos, após contato com superfícies próximas ao paciente e após risco de exposição à fluídos corporais². Muitos profissionais não conhecem esses 5 momentos recomendados e não praticam no seu dia a dia, colocando em risco a saúde de vários pacientes. Alguns fatores motivacionais podem ser destacados, para explicar a baixa adesão à HM, como: desconhecimento das recomendações e normas, falta de exemplo dos superiores, as relações profissionais, os insumos com má qualidade, dentre outros³. Todo paciente deve receber uma assistência segura e de qualidade dos profissionais de saúde. **Objetivo Geral:** Analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a Higienização das mãos. **Objetivos específicos:** aplicar um instrumento para aferir o conhecimento adquirido acerca da higienização de mãos; verificar os fatores que dificultam a



prática de higienização das mãos profissionais de saúde. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa e qualitativa que será realizado em um hospital da rede privada, na Unidade de Terapia Intensiva, com 20 leitos e atende pacientes adultos clínicos e cirúrgicos, das diversas especialidades, localizado no Estado de Goiás. O estudo será realizado em duas etapas: 1ª etapa – treinamento /qualificação da população alvo acerca da HM realizado pela comissão de controle de infecção do hospital em estudo. 2ª etapa- aplicação de um instrumento para aferir o conhecimento e habilidades adquiridas acerca da HM – objeto deste estudo. **Contribuições para a Enfermagem:** Promover informações e orientações sistematizadas acerca da importância da adesão da Higienização da mãos, para os profissionais da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1) Lhaxhang P, LIPPKE S, Knolli N, et al. Evaluating brief motivacional and self-regulatory hand hygiene interventions: a cross-over longitudinal desing. BMC Public Health. 2015. **15**:79.
- 2) Giordani AT, Sonobe HM, Ezaias GM, et al. Adesão da equipe de enfermagem à higienização das mãos: fatores motivacionais. Revista Rene, 2014. 15(4):559-68.
- 3) Araújo AP, Nóbrega GB, Santos LFC, et al. Análise da higienização das mãos pelos profissionais de saúde em ambiente hospitalar durante dois meses. REVISTA SAÚDE E CIÊNCIA, 2015. 4(3): 44-54.



A INFRAESTRUTURA DA SALA DE PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Guilherme Barbosa de SOUZA¹; Rafael Alves de SOUZA²; Joyce Benchimol
FONSECA³; Edmila Lucas de LIMA⁴; Adenícia Custódia Silva e SOUZA⁵; Milca
Severino PEREIRA⁵

¹ *Discente do curso de Enfermagem da Faculdade União de Goyazes (FUG).*

² *Discente do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás) e bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq.*

³ *Discente do curso de Enfermagem da PUC-Goiás.*

⁴ *Mestranda em Atenção à Saúde da PUC-Goiás.*

⁵ *Orientadoras e Professoras Doutoras do Curso de Enfermagem PUC-Goiás.*

Contato: guilherme-b2@hotmail.com

Introdução: O estabelecimento de normas é importante para o desenvolvimento das boas práticas de preparo e administração de medicamentos garantindo uma assistência segura à saúde. De acordo com a RDC Nº 45/2003¹, a estrutura física da sala de preparo de medicação deve ter paredes, teto, piso, portas e janelas de materiais laváveis, lisos e resistentes aos saneantes, ausência de rachaduras e materiais que liberam partículas. Ainda, é necessária uma iluminação geral uniforme, distribuída e difusa e deve dispor também de uma iluminação suplementar que seja projetada a fim de evitar reflexo, ofuscamento e sombra. Os medicamentos devem estar mantidos e protegidos da incidência direta da luz solar. A temperatura do ambiente deve ser inferior a 25°C permitindo variação entre 15°C a 30°C e umidade relativa do ar maior que 40%. O local deve dispor de uma pia, com torneira que



dispense o fechamento manual, sabão antisséptico e recursos para secagem das mãos. A bancada para preparo deve apresentar superfície opaca que não produza reflexo. Deve ser um ambiente restrito que impeça geração de ruídos e distrações além de ser mantido limpo, organizado e livre de insetos e roedores. Conforme a RDC nº 50/2002² a infraestrutura da sala de manipulação, fracionamento de dose e reconstituição de medicamentos deve ter no mínimo 12,0 m² com instalação de água fria e equipamentos necessários para desenvolver prática correta e segura. O descarte de materiais perfurocortantes deve ser feito em recipientes apropriados, fixados por um suporte de inox em uma altura que permita a visualização da abertura do descarte⁴. **Objetivo:** Relatar a infraestrutura de uma sala de preparo de medicamentos em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). **Metodologia:** Relato de experiência de acadêmicos de enfermagem, durante atividade prática extracurricular, sobre a infraestrutura da sala de preparo e administração de medicamentos em uma Unidade de Pronto Atendimento. A experiência ocorreu por meio de observação direta não participante em um período de três dias consecutivos, totalizando quinze horas. Os acadêmicos de enfermagem permaneceram em posições estratégicas para observar a infraestrutura da sala de preparo de medicamentos e o posicionamento e atitudes dos profissionais para preparar e administrar os medicamentos. Os dados da observação foram registrados em um diário de campo para posterior comparação com as recomendações da ANVISA. O parâmetro comparativo da infraestrutura foi fundamentado na RDC N°. 45/2003¹ e RDC N°. 50/2002². **Resultados:** Durante a observação verificou-se que a sala não obedece alguns quesitos estabelecidos. Não existe salas distintas para o preparo e a administração, sendo que a medicação é administrada no mesmo local onde é preparada. Os pacientes atendidos na unidade apresentam o receituário na sala de preparo e administração de medicamentos, são organizados em filas por ordem de atendimento enquanto aguardam a sua vez. Os técnicos de enfermagem com a receita em mãos prepararam e administram os medicamentos prescritos. Como há mais de um técnico atendendo é comum o preparo simultâneo de medicamentos de mais de um paciente por vez. A unidade apresenta uma grande demanda de atendimentos por dia, o que proporciona uma grande rotatividade e fluxo de pessoas. Esse intenso fluxo de pessoas no ambiente impacta em



constantes interrupções por pedidos de informação, ruídos e barulhos excessivos devido à conversação na fila de espera. Notou-se que a iluminação do local é insuficiente, não possui iluminação suplementar, apenas a central, ocasionando reflexo e sombra no preparo dos medicamentos, além de não promover uma iluminação uniforme. A circulação de ar estava prejudicada, pois o condicionador de ar estava com defeito e as janelas eram mantidas fechadas. Além do mais, a drenagem de água do aparelho de ar, escoava para dentro da sala e acumulava-se no chão. A sala não foi planejada para o desenvolvimento de preparo e administração de medicamentos, apresenta um dimensionamento de apenas 4m², foi adaptada por falta de espaço o que afeta a logística e o funcionamento da sala. No local não há bancada apropriada para o preparo do medicamento, e, esta é improvisada, utilizando parte da bancada da pia, considerada área molhada. A sala dispõe de um armário para organizar os artigos hospitalares e medicamentos e há uma mesa de apoio próximo a pia na qual ficam dispostas as seringas e agulhas, que prejudicam o fluxo no local. A caixa de descarte de materiais perfuro cortantes foi fixada de forma incorreta, disposta acima da pia, o que pode ocasionar exposição dos profissionais a acidentes ocupacionais uma vez que não conseguem visualizar a abertura da caixa. A torneira da pia para higienização das mãos não apresenta dispositivo que dispensa o fechamento manual. Foi observada a presença de sabão e recursos para secar as mãos, porém não tem álcool em gel disposto para a fricção antisséptica das mãos. As paredes e o teto não são de materiais laváveis e há presença de rachaduras e infiltrações que dificultam o processo de limpeza e desinfecção do ambiente. A infraestrutura não planejada para o preparo e a administração de medicamentos proporciona um processo de trabalho confuso e interferiu na manipulação segura dos medicamentos. Os profissionais necessitam improvisar e adaptar a situações não previstas para realizar o procedimento e isso levou a alguns erros no preparo de medicamentos como pudemos observar. As condições deficientes do ambiente de trabalho, principalmente a desorganização do ambiente, as interrupções frequentes durante a realização dos procedimentos, a iluminação e a ventilação inadequadas contribuíram para a ocorrência de falhas. Causas potenciais de falhas no preparo e na administração de medicamentos envolvem a gestão dos processos organizacionais, a estrutura física, os recursos



materiais e humanos que são incluídos na abordagem sistêmica³. **Considerações**

Finais: A estrutura física da sala de preparo de medicamentos, na unidade observada, não atende aos requisitos mínimos necessários para o preparo de medicamento. Além disso, nesse mesmo espaço é realizada a administração desse medicamento. A inobservância das normas de planejamento de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde expõe os profissionais de saúde a riscos ocupacionais e compromete a segurança do paciente.

Contribuições/implicações para Enfermagem: A vivência nessa unidade nos permitiu uma imersão na temática e a construção de um aprendizado que fundamentará a nossa competência profissional. Mostra o retrato de uma única realidade, mas que pode suscitar uma reflexão, por parte da enfermagem, de como está o funcionamento dessas salas e a sua interferência para a segurança dos profissionais e dos pacientes.

Referências:

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. [Acesso em: 06 mai 2017]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/anvisaegis/resol/2002/50_02rdc.pdf
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução RDC Nº 45, de 12 de março de 2003. Regulamento técnico de boas práticas de utilização das soluções parenterais em serviços de saúde. Anexo II. [Acesso em: 06 mai 2017]. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-0-rdc-n-45-de-12-de-marco-de-2003>
3. Silva AEBC, Cassiani SHB. Análise perspectiva de risco do processo de administração de medicamentos anti-infecciosos. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2013 jan-fev; 21:1-9. [internet]. [Acesso em: 06 mai. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_29.pdf
- 4 Ministério do Trabalho (Brasil). Portaria Nº 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as normas regulamentadoras consolidação das leis trabalhistas, relativas a segurança e medicina do trabalho. Norma Regulamentadora Nº 32 Segurança e



saúde no trabalho em serviços de saúde. [Acesso em: 08 mai. 2017. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/legislacao/NR-32.pdf>

APLICAÇÃO DO ARCO DE CHARLES MAGUEREZ NO CUIDAR DE UM PACIENTE PORTADOR DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*GUIMARÃES, Raissa Rodrigues¹; MARGARIDA, Mykaella Cristina Araújo¹;
CELESTINO, Kênia Alessandra de Araújo²*

¹ *Discentes do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.*

² *Docente da Pontifícia Universidade Católica de Goiás*

Mestre em Ciências da Saúde – UFG - GO

Contato: raiguimaraes19@gmail.com

INTRODUÇÃO: O Arco de Charles Magueréz é um método facilitador do desenvolvimento das habilidades de comunicação e do entendimento das necessidades, permitindo estratégias de implementação de cuidados/ ações que podem ser aplicados de modo a atenuar ou extinguir problemas¹. Assim, questionou-se como a aplicação do Método do Arco de Charles Magueréz poderia contribuir na implementação da assistência de enfermagem a um paciente? **OBJETIVO:** identificar uma necessidade do cliente portador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), por meio da aplicação do método do Arco de Charles Magueréz na assistência de enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência fundamentado em uma observação direta e não participativa por meio do Método do Arco de Charles Magueréz a um paciente portador de SIDA hospitalizado. A observação foi realizada por acadêmicas do 7º período de enfermagem durante as atividades práticas da disciplina do Cuidar nos Processos Infecciosos da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. A observação consistiu em cinco etapas distintas: Observação da Realidade; Pontos-chaves; Teorização; Hipóteses de Solução; Aplicação à Realidade¹. **RESULTADOS:** A observação da realidade compôs-se de aspectos relacionados ao estado clínico e psicossocial do



paciente, o nível de instrução frente ao diagnóstico de SIDA e o processo de adaptação pós-diagnóstico. Notou-se como ponto chave determinante a deficiência no conhecimento acerca das medidas preventivas relacionadas ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que devem ser adotadas após diagnóstico e outras doenças sexualmente transmissíveis. Destaca-se a consulta de enfermagem privativa do enfermeiro regulamentada pela resolução do COFEN 159/1993² realizada não somente no ambulatório hospitalar, visando ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, bem como intervenções de acolhimento e escuta com intuito de fortalecer o contato terapêutico entre paciente-profissional. Para que haja essa interação paciente – profissional, o enfermeiro deverá adotar um cuidado holístico humanizado através de um diálogo aberto³. Como medida de implementação à assistência do paciente por meio da problemática levantada, sugeriu-se ações de educação em saúde com o paciente enfatizando medidas de promoção, proteção e prevenção em saúde abordando o risco para outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), doenças oportunistas e a importância da adesão ao preservativo mesmo após o diagnóstico. A devolutiva proposta foi através de conversa aberta entre as acadêmicas de enfermagem com o paciente no beira leito, discutindo sobre ação do HIV no corpo humano, estado do sistema imune, doenças oportunistas e o porquê da importância de adotar medidas comportamentais de prevenção para outras DSTs. Assim, o paciente recebeu a devolutiva de forma receptiva, esclarecendo várias dúvidas de seu interesse, demonstrando confiança e satisfação com a didática proposta. **CONSIDERAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** O presente estudo fortaleceu e reforçou a reflexão crítica sobre a importância da comunicação entre enfermeiro-família-paciente no processo de hospitalização, sendo assim espera-se que a equipe de enfermagem estabeleça um elo contínuo de comunicação de modo a atender as necessidades do paciente, ultrapassando a barreira do cuidado físico e assim prestar um cuidado de forma mais humanizada.

REFERÊNCIAS

1. BERBEL, N. N. **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet], 1998. [acesso em 2017 abril 30]; 2(2): 139-54.



Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08>

2. BRASIL, Conselho Federal de enfermagem. **Resolução do COFEN nº 159 de 19 de abril de 1993**. Dispõe sobre a consulta de enfermagem [Internet]. Rio de Janeiro, RJ; 1993. [acesso em 2017 abril 24]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html

3. MACÊDO, S. M. et al. **Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: Perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros**. REBEN [Internet], 2011. [acesso em 2017 abril 30]; 66(2): 196-201. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/07.pdf>

SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS FRENTE AO ATENDIMENTO ÀS GESTANTES COM HIV DE UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA ESTADUAL.

Autores: Nayara Franklin CESAR¹, Amanda Santos Fernandes COELHO², Priscila Sousa COSTA³, Marília Cordeiro de SOUSA⁴, Abadia Rosa Canguçu SOUSA⁵, Janaína Valadares GUIMARAES⁶, Kauhan Ribeiro de PAULA⁷.

1. Enfermeira, Residente do Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica da SES-GO/HMI, e-mail: fcnayara@hotmail.com;
2. Enfermeira Neonatologista, Coordenadora do Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica da SES-GO/HMI, e-mail: amandasantosp@yahoo.com.br;
3. Enfermeira Obstetra, e-mail: priscilasousacosta@hotmail.com;
4. Enfermeira Neonatologista, Mestre em Enfermagem, e-mail: maacsousa@hotmail.com;
5. Técnica de Enfermagem do Hospital Materno Infantil, e-mail: rosacangucusousa@yahoo.com.br;
6. Enfermeira, Doutora em Enfermagem e Docente da UFG, e-mail: valadaresjanaina@gmail.com;
7. Enfermeiro, Residente do Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica da SES-GO/HMI, e-mail: kauhan_25@hotmail.com.



INTRODUÇÃO: A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) representa um problema de saúde pública de importância reconhecida e confirmada, isso devido sua característica pandêmica e de alta infectividade. Em populações com maior vulnerabilidade uma série de fatores sociais, econômicos, individuais e políticos acabam dificultando seu acesso a medidas de intervenção e prevenção da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2014a). O cuidado prestado pelo enfermeiro é de fundamental importância, pois busca a promoção, manutenção e recuperação da saúde no paciente levando sempre em consideração o respeito, consideração e afeto pelo paciente. O processo de prestação de cuidados realizados pelo enfermeiro inclui práticas e ações emocionais como a empatia pelo paciente soropositivo passando a entender o mesmo e colocando-se no lugar (FORMOZO; OLIVEIRA, 2010). **OBJETIVO:** Descrever os sentimentos e percepções dos enfermeiros frente ao atendimento às gestantes com HIV. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de um estudo com delineamento descritivo, analítico, de abordagem quantitativa. A presente pesquisa foi realizada por meio de entrevista sendo o público alvo 34 enfermeiros em um hospital público de referência estadual em atendimento de casos de média e alta complexidade nas áreas da saúde da mulher e da criança na Região Centro-Oeste, que assistiram gestantes com diagnóstico de HIV no período de junho e julho de 2016. A análise dos dados foi mediante estatística descritiva. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado via Plataforma Brasil com número do parecer 1.382.585 e CAAE: 50903815.0000.5080. **RESULTADOS:** Verificou-se neste estudo que 19 (79%) disseram que a conduta não mudou ao saberem que estavam prestando assistência a uma gestante com sorologia positiva para HIV, enquanto os demais relatam receio e medo; 15 (62%) gostariam de prestar assistência a gestantes com HIV; 16 (67%) disseram que percebe que a equipe muda a forma de agir quando presta assistência a gestante com HIV; 14 (58%) redobram atenção nos cuidados com a gestante com HIV; 15 (63%) ao saberem que há uma gestante com sorologia positiva para HIV em seu setor de trabalho, falam sobre o assunto abertamente assim como faria com qualquer outra gestante. **CONCLUSÃO:** É importante os profissionais superarem barreiras discriminatórias e dificuldades ao cuidar do paciente com HIV/AIDS compreendendo a situação sócio-cultural, respeito por suas crenças e comportamentos, aceitando



sua orientação sexual, raça e estilo de vida. Através da mudança de comportamento de toda a equipe de enfermagem, o profissional poderá desenvolver uma relação de confiança e respeito e conseqüentemente fazendo com que essa paciente sinta-se parte do meio.

PALAVRAS-CHAVES: HIV, conhecimento, gestante, enfermeiro, teste rápido.

REFERENCIAS:

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo de investigação de transmissão vertical**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56592/tv_2_pdf_1_8693.pdf. Acesso em: 05 mai. 2017.

FORMOZO, G.A; OLIVEIRA, D.C. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **Rev. bras. enferm**, Brasília, 2010, 63(2), p. 230-237. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200010> Acesso em: 08 mai. 2017.



SEGURANÇA DO PACIENTE COM FOCO NA IDENTIFICAÇÃO ADEQUADA.

(NOTA PRÉVIA)

Gracielly Chagas Reis SILVA¹; Milca Severino PEREIRA²; Adenícia Custodia Silva e SOUZA².

¹ Discentes do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás) ² Orientadoras e Professoras Doutoras do Curso de Enfermagem PUC-Goiás.

Contato: gracielly28@hotmail.com

Introdução: A segurança do paciente é algo imprescindível durante o cuidado. A Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o projeto “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente” que visa evitar prejuízos¹. Um erro comum na identificação do paciente é a troca de dígitos no número do registro hospitalar, uso de etiquetas erradas, dados incorretos, nomes incompletos e letras ilegíveis; isso pode acarretar graves danos ao paciente como por exemplo receber medicações erradas, hemoderivados e/ou componentes e atraso do seu atendimento por uma classificação de risco incorreta, trazendo prejuízo a saúde.² **Objetivo:** analisar os erros mais comuns na identificação do paciente. **Método:** Trata-se um projeto de estudo de revisão da literatura científica, em fase de desenvolvimento, referente às publicações no período de 2013 a 2017 acerca da identificação do paciente, mediante levantamento nas seguintes bases de dados: SciELO - *Scientific Electronic Library Online*, LILACS - Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe, BIREME/OPAS/OMS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* e BVS – Biblioteca Virtual de Saúde. Serão utilizados para a busca dos artigos as seguintes palavras-chave: Segurança do paciente; identificação; uso de pulseira de identificação; erros de identificação. **Considerações sobre o tema:** A identificação adequada do paciente abrange a correção e prevenção de erros e/ou enganos que possam acontecer com o paciente, desde o momento da sua internação até na alta hospitalar³. A utilização de pulseiras para a identificação do paciente é adotada por algumas instituições e envolve altos níveis de consciência do profissional que está submetido a classificação, precisando da presença do paciente no momento da identificação para que os erros sejam minimizados³. O uso de



pulseiras para a identificação do paciente deve seguir alguns padrões tais como cor, material e identificadores, visando uma prática segura ao receptor do atendimento e assim assegurar-se que o procedimento que a paciente irá receber é o que ele realmente necessita⁴. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** a correta identificação do paciente configura-se em uma atividade importante para a enfermagem, cuja responsabilidade com a segurança do paciente representa uma de suas prioridades. Os resultados do estudo proposto apontarão para os erros na identificação e os danos que são causados ao paciente e aos serviços e contribuirão para indicar intervenções preventivas.

Referências

- 1- RADUENZ, C. A.; HOLFFMAN, P.; RADUNZ, V.; SASSO, D. M. T. G.; MALISKA, A. C. I.; MARCK, B. P. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n.6, p.1-10, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_02> Acesso em: 19 mar. 2017.
- 2- TASE, T. H.; LOURENÇÃO, D. C. A.; BIANCHINI, S. M.; TRONCHIN, D. M. R. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 196-200, 2013. Disponível em:<http://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/6030/art_TASE_Identificacao_do_paciente_nas_organizacoes_de_saude_uma_por_2013.PDF?sequence=1&isAll owed=y> Acesso em: 18 mar. 2017.
- 3- BRASIL, **Agência Nacional da Vigilância Sanitária**. Portaria Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprovação os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 02 – Protocolo de identificação do paciente. Brasília, 2013. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo---Identifica---o-do-Paciente.pdf>. Acesso em: 18 de mar. 2017.



4- HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G. M. S. S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 36-43, 2015. Disponível em:<
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00036.pdf> Acesso em:
18 mar. 2017

USO INADEQUADO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL POR PARTE DOS ACOMPANHANTES EM

UMA UNIDADE DE SAÚDE:UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

OLIVEIRA^a, Núbia Phalon;**SOARES**^a, Sarah Ingrid; **CELESTINO**^b,Kênia Alessandra de Araújo.

^aAcadêmicas do 7º ciclo do Curso de Enfermagem (PUC/GO)

^bProfessora orientadora:keniacelestino@hotmail.com

Introdução:O Equipamento de Proteção Individual (EPI) tem como intuito minimizar os riscos ocupacionais e previne a vários agravos que podem ocorrer devido a sua não utilização. Além disso, permite aos profissionais da equipe de enfermagem exercer os cuidados aos pacientes de forma segura, não colocando em risco a saúde do paciente e zelando pela integridade física dos mesmos ⁽¹⁾.Com o intuito de manter a segurança do paciente, faz-se necessário a orientação e educação dos profissionais de enfermagem também aos acompanhantes no controle dos agentes de risco, minimizando fatores pré-dispostos a infecção.

Objetivo:Esclarecer a importância do uso de EPI pelos acompanhantes, evitando infecções no processo saúde doença.

Método:Estudo observacional baseado em relato de experiência com a teoria da problematização utilizando o Arco de Magueréz o qual é constituído por cinco etapasque se desenvolvem a partir de um recorte da realidade: observação da



realidade; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução e aplicação da realidade (prática)⁽²⁾. Foi feita uma revisão integrativa, com buscas avançadas em Maio/2017, no banco de dados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) com Descritores de Ciência em Saúde (DECS): EPI, Acompanhantes, segurança do paciente, imunodeficiência. Foram incluídos artigos publicados no Brasil, no período de 2006 a 2014 e que atendessem de maneira explícita o objetivo do estudo.

Resultado e discussão: Nossa pesquisa resultou em 5 artigos os quais abordavam a problemática da pesquisa e respondesse ao nosso relato de experiência. Identificamos a necessidade da adesão e utilização correta dos EPIs por parte dos acompanhantes como sendo essenciais para prevenção e proteção contra agentes que podem desencadear infecções tanto para quem se encontra internado na unidade de saúde, principalmente por se tratar de pessoas com o sistema imunológico comprometido e também para aqueles que adentram o ambiente hospitalar que estão vulneráveis a certos tipos de infecções como também são capazes de transmitir para o paciente certos tipos de microorganismos capazes de desencadear doenças, aumentando assim os dias de internação dos clientes⁽³⁾. Com isso, identificamos a importância da educação continuada por parte dos profissionais de saúde, de forma que possam orientar e esclarecer os acompanhantes sobre todos os benefícios que o uso de EPI podem fornecer e assim, proporcionando uma melhor compreensão por parte dos clientes e acompanhantes, tornando mais fácil a prevenção de possíveis agravos no quadro dos pacientes e prevenindo o risco de infecção cruzada tanto pelos profissionais de saúde, acompanhantes e pacientes.

Conclusão: Foi observado que a não utilização dos EPIs por parte acompanhantes pode interferir no processo de proteção contra microrganismos patogênicos que pode causar vários danos para o paciente e para os visitantes. Contudo existe a necessidade do conhecimento quanto à importância da utilização para impedir o aparecimento de infecções que podem ser prevenidas. O ato da não utilização adequada de EPI pelos familiares, visitantes, pode estar relacionado ao não esclarecimento pela equipe profissional, ou devido ao não entendimento dos agravos que podem surgir pela não adesão das precauções, causando assim danos aos pacientes que se encontram vulneráveis as infecções.

Palavras-chave: Acompanhantes, segurança do paciente, imunodeficiência.



Referências

1. LOPES, A.C.S., et al. **Adesão às precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais Brasil.** Cad.saúde Pública. Rio de Janeiro, Vol.24, n.6, 2008.
2. COLOMBO, A. A; BERBEL, N. A. N. **A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. Ciências Sociais e Humanas**, vol. 28, n. 2, Londrina, 2007.
3. AGUIAR, D.F., LIMA, A.B.G., SANTOS, R.B. **Uso das precauções padrão na assistência de enfermagem - Um estudo retrospectivo.** Rev. Enferm. Rio de Janeiro, Vol. 12, n.3, 2006.

QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM: AVALIAÇÃO POR MEIO DA AUDITORIA INTERNA

Ludimila Cristina Souza SILVA¹, Fabício Martins Machado CARRIJO², Marinésia Aparecida PRADO¹, Maria Alves BARBOSA¹, Lorena Zenha ANDRADE³, Wellington Matheus Gomes LIMA³, Polyana Camilo GOMES⁴

¹ Universidade Federal de Goiás. E-mail: professoraludimilacs@gmail.com;
marinesiaprado@gmail.com; maria.malves@gmail.com.

² Hospital das Clínicas – UFG. E-mail: fmmartinsmachadocarrijo@gmail.com.

³ Faculdade Alfredo Nasser. E-mail: enf.lorenazinha@gmail.com;
wmatheus.limaa@gmail.com

⁴ Faculdade Unida de Campinas. E-mail: polycamilo94@gmail.com.

Introdução: A qualidade da assistência em saúde tem sido motivada por meio de um processo de análise desencadeado pelos trabalhadores da ambiência em saúde. Nesse sentido, o processo de avaliação em saúde, tem sido utilizado tanto para



medir a efetividade das ações programáticas, quanto para evitar ou reduzir os incidentes ocasionados por eventos adversos às pessoas na ambiência de saúde. Incidente em saúde é definido como uma circunstância que tem potencial para causar danos aos pacientes. No contexto da ambiência em saúde, a avaliação favorece o conhecimento das práticas, do desempenho e da qualidade dos serviços. A falta de qualidade na saúde evidencia-se pela ineficácia e ineficiência dos serviços, inacessibilidade, gerando insatisfação tanto de usuários quanto de profissionais de saúde¹ e seguramente a ocorrência de incidentes. Do mesmo modo, a busca pela qualidade assistencial tem se tornado uma grande preocupação institucional, que almeja garantir o exercício profissional, de forma ética, incluindo a cidadania e segurança do paciente². Porém, a preocupação com a qualidade não deve ser considerada uma meta, mas sim, um processo de ação contínuo e reflexivo que exige adequação do profissional e da instituição a uma cultura de segurança como objetivo de todos. **Objetivos:** identificar, na literatura científica, evidências sobre a qualidade dos serviços de saúde e de enfermagem através da avaliação realizada por meio da auditoria interna. Descrição metodológica: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Para a busca dos artigos científicos foi utilizada a base de dados PubMed/ MEDLINE. Para a localização dos estudos pertinentes à pergunta norteadora do presente estudo consultou-se o MeSH e encontrou-se os seguintes descritores controlados: Quality of Health Care; Health evaluation; Nursing Audit. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: estudos que abordaram os fatores que interferem na qualidade dos serviços de saúde e de enfermagem; artigos que destacaram a auditoria interna como um importante instrumento para avaliação da qualidade do serviço de saúde e de enfermagem;



sem limite de data de publicação; publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. O acesso à base de dados e a coleta de dados foram realizados em outubro de 2016. Em seguida todos os estudos foram lidos na íntegra. Por meio dos descritores foram identificados 62 estudos, sendo selecionados 16 que atenderam os critérios de inclusão estabelecidos. Após a leitura dos estudos, realizou-se a análise do nível de evidências, e posteriormente a categorização dos resultados.

Resultados: A amostra foi composta por 15(93,7%) de estudos no idioma português, e um(6,3%) no idioma inglês. Entre 2004 e 2009 foram publicados apenas quatro artigos relacionados a esta temática, sendo observado um crescimento no número de publicações a partir de 2011 (quadro 1). Quanto a metodologia de pesquisa utilizada 13(81,25%) dos estudos foi descritiva e três (18,75%) revisão da literatura. Em relação aos níveis de evidência 12(75%) dos estudos foram classificados no nível III, um (6,25%) nível IV e três (18,75%) nível V, sobressaindo os estudos com nível evidência. Nos 12(75%) dos estudos os autores corroboram com essa premissa, na análise do prontuário do paciente, para identificar glosas das guias de internação e avaliar qualidade da assistência. Quanto as principais inconformidades encontradas nos registros de enfermagem, fatores esses que comprometem o processo de auditoria e ainda pode ser considerado como um indicador negativo de qualidade. Registros inconsistentes e com informações subjetivas, escrita ilegível e, a presença de rasuras, foram identificados em oito (50%) dos estudos. As anotações de enfermagem podem gerar inconformidades que contribuem para as glosas de alguns itens do faturamento das contas hospitalares, fato que tem impactado de forma negativa no orçamento nas instituições³. Incoformidades associadas aos aspectos legais das anotações foram



evidenciadas em 6 (37,5%) dos estudos, haja vista, que registros incompletos principalmente quando associados à identificação do paciente, podem causar danos ao paciente, relacionados principalmente, à administração de medicamentos, hemoderivados e coleta de material para exames¹. Registros inconsistentes e com informações subjetivas foram identificados em 8(50%) dos estudos, considerados em inconformidade, o que compromete o processo assistencial. Igualmente, registros incompletos dificultam a compreensão dos motivos que levaram a hospitalização do paciente e o planejamento da assistência torna-se prejudicado. Tal situação compromete a segurança e o cuidado do paciente, criando lacunas importantes para a mensuração da qualidade da assistência³. A falta de carimbo na assinatura do profissional foi destacada em 4 (25%) dos estudos, acredita-se que essa desatenção ocorra pelo fato da equipe de enfermagem não valorizar as prescrições realizadas, e não considera-las pertinentes às necessidades do paciente. A ausência da identificação do profissional que realizou o procedimento pode gerar dúvidas e resultar em prejuízos à continuidade da assistência, e ou, dificultar investigações judiciais e éticas futuras, caso sejam necessárias³. A ausência de checagem de medicamentos e curativos esteve presente em 3(18,75%) dos estudos. Durante a assistência a ausência de registros que confirmem a administração de medicamentos gera uma incerteza entre a equipe, podendo levar a duplicidade terapêutica ou até mesmo na não realização. Vale ressaltar que além do comprometimento da segurança do paciente, situações como essa geram glosas no faturamento desses itens, culminando em prejuízos financeiros para as instituições².

Conclusão: As evidências alavancadas na literatura científica sobre a qualidade da assistência em saúde e de enfermagem por meio da auditoria interna demonstrou



ser uma importante ferramenta para mensurar a qualidade dos serviços de saúde e de enfermagem. Recomenda-se que as instituições de saúde promovam investimentos na qualificação dos recursos humanos a partir do processo de admissão, com instruções e treinamentos direcionados as exigências do processo de trabalho livre de inconformidades. A elaboração e implementação de protocolos de cuidados informatizados, para a prescrição de enfermagem aliada à adequação dos impressos, contribuem para registros consistentes e uma assistência de qualidade. **Contribuições/implicações para a enfermagem:** Evidências sobre a qualidade da assistência são de grande relevância para subsidiar a elaboração de estratégias que possam contribuir para a melhoria do cuidado prestado, e assim garantir a segurança do paciente. A auditoria dos registros torna-se relevante por despertar a atenção do profissional de enfermagem para a importância de realizar anotações completas evitando as inconformidades, uma vez que os registros denotam a qualidade do serviço prestado e ainda servem como respaldo legal para o paciente e para o profissional em caso de intercorrências. A implementação das boas práticas assistenciais aliada um registro completo livre de inconformidades, podem ser consideradas estratégias impactantes para a mensuração da qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Padilha EF, Haddad MCFL, Matsuda LM. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. *Cogitare Enferm* 2014, 12(2):239-45.
2. Instefjord MH, Asekjaer K, Espehaug B, Graverholt B. Assessment of quality in psychiatric nursing documentation – a clinical audit. *BMC Nursing* 2014, 13(32):2-7.



3. Vituri DW, Évora YDM. Fidedignidade de indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem: testando a concordância e confiabilidade interavaliadores. *Rev Latino-Amer de Enferm* 2014,22(2):234-40.

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL MATERNO E DAS CAUSAS DIRETAS E INDIRETAS NA OCORRÊNCIA DO ÓBITO MATERNO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA

Autores: Taynara Cassimiro de Moura ALVES¹, Amanda Santos Fernandes COELHO², Marília Cordeiro de SOUSA³, Abadia Rosa Canguçu SOUSA⁴, Maira Ribeiro Gomes de LIMA⁵, Janaína Valadares GUIMARAES⁶, Ana Karina Marques Salge MENDONÇA⁷.

1. Enfermeira, Residente do Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica da SES-GO/HMI, e-mail: taycmouraa@gmail.com; 2. Enfermeira Neonatologista, Coordenadora do Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica da SES-GO/HMI, e-mail: amandasantospi@yahoo.com.br; 3. Enfermeira Neonatologista, Mestre em Enfermagem, e-mail: maacsousa@hotmail.com; 4. Técnica de Enfermagem do Hospital Materno Infantil, e-mail: rosacangucusousa@yahoo.com.br; 5. Enfermeira Obstetra, e-mail: maira_ribeiro@hotmail.com; 6. Enfermeira, Doutora em Enfermagem e Docente da UFG, e-mail: valadaresjanaina@gmail.com; 7. Enfermeira, Doutora em Enfermagem e Docente da UFG, e-mail: anasalge@gmail.com.

INTRODUÇÃO: A mortalidade materna representa um evento de grande magnitude no Brasil e no mundo, principalmente em países em desenvolvimento. A ocorrência de morte materna reflete a falta de acesso aos serviços de saúde e condições socioeconômicas desfavoráveis (CARRENO, BONILHA, COSTA, 2014; SOARES, 2012). Monitorar os índices de mortalidade materna é relevante para apoiar o fortalecimento ou o redirecionamento de políticas de saúde (BRASIL, 2012).
OBJETIVO: Caracterizar as alterações maternas na ocorrência do óbito materno.



METODOLOGIA: Trata-se de um delineamento metodológico transversal, descritivo, retrospectivo e com abordagem quantitativa. A população do estudo foi constituída de 53 gestantes e puérperas que faleceram durante a internação no período de 2010 a 2016. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva com uso de frequências, médias, percentual e desvio padrão. Foi aplicado os testes de qui-quadrado de Yates e Exato de Fisher. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado via Plataforma Brasil, com número do parecer 1.413.648 e CAAE: 50897615.6.0000.5080. **RESULTADOS:** Em relação à caracterização do perfil sociodemográfico das mulheres, a média da idade materna foi de $27 \pm 6,25$ anos 29 (55%) eram solteiras, 30 (57%) eram originárias da região metropolitana, 22 (41%) residiam em municípios pertencentes ao Estado de Goiás e 1 (2%) no Estado de Minas Gerais, 12 (22%) eram do lar, 11 (21%) tinham o ensino fundamental. Causa do óbito obstétrica direta: distúrbio hemorrágico 18 (34%), infecção puerperal 14 (26%), síndromes hipertensivas da gravidez 11 (21%), complicações uterinas 4 (8%), abortamento infectado 3 (6%), gestação ectópica 1 (3%). Obstétrica Indireta: choque séptico 8 (15%), infecções respiratórias 7 (13%), complicações cardiovasculares e respiratórias 5 (9%), nefropatias 3 (6%), choque neurogênico 2 (4%), cetoacidose diabética 1 (3%). **CONCLUSÃO:** Concluiu-se que das mulheres que foram a óbito no período gravídico puerperal por causas obstétricas diretas e indiretas, tinham média de idade de 27 anos, solteiras, pardas, do lar, escolaridade em nível fundamental e procedentes de outros municípios. As principais causas do óbito obstétrica direta e indireta foram os distúrbios hemorrágicos da gestação e choque séptico, respectivamente. Concluiu-se a precisão de melhoria na qualidade de acesso aos serviços de saúde em obstetrícia, envolvendo a assistência durante todo o ciclo gravídico puerperal. Considerando a necessidade de um acompanhamento minucioso das ocorrências de óbito materno, o presente estudo caracterizou as causas obstétricas diretas e indiretas da mortalidade materna do Estado de Goiás.

PALAVRAS-CHAVES: mortalidade materna, complicações na gravidez, causa de morte.



REFERÊNCIAS:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância em saúde da mulher. Brasília, 2012.

Carreno I; Bonilha All; Costa JSD Evolução temporal e distribuição espacial da morte materna. Rev Saúde Pública, 2014, 48(4), 662-670. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0662.pdf. Acesso em 04 maio 2017.

SOARES, V.M.N. et al. Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2012, 34(12), 536-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n12/02.pdf>. Acesso em 04 maio 2017

FORTIFICANDO A SAÚDE DO HOMEM TRABALHADOR DA CENTRAL DE ABASTECIMENTO DO ESTADO DE GOIÁS: PRÁTICAS PARA UMA SOCIEDADE DEMOCRÁTICA

(Dayane Cristina dos Santos ALVES¹; Samuel Antoneli Manso de ARAÚJO¹; Joyce Gabriella Menezes SILVA¹; Lucas Aragão SOUZA²; Camila Canhete FERREIRA²; Marcos André MATOS³; Karlla Antonieta Amorim CAETANO³)

1- Aluno de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
FEN/UFG.

2- Aluno de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
FEN/UFG

3- Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
FEN/UFG

d.alves@msn.com; samuelanto12@gmail.com; joycefenufg@gmail.com;

lucasaragaosouza@gmail.com; camila_canhete03@hotmail.com;

marcosmatos@ufg.br; karllacaetano@gmail.com

Introdução: A população masculina no Brasil, de maneira geral, apresenta dificuldades para procurar os serviços de saúde, representando um importante



problema de saúde pública. Algumas das barreiras encontradas são os horários de funcionamento dos serviços de saúde que coincidem com o momento de trabalho, além da interpretação por parte dos usuários de que a procura do serviço de saúde é um sinal de fragilidade.¹ Essa situação é ainda mais exacerbada em homens trabalhadores da Central de Abastecimento do Estado de Goiás – CEASA-GO.

Objetivo: Descrever a experiência exitosa de proporcionar assistência à saúde ao alcance do público masculino que circula pela CEASA-GO. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de projeto de extensão realizada na Central de Abastecimento do Estado de Goiás, realizado em outubro de 2016. O público alvo foi convidado a partir de um anúncio na rádio local “alô ceasa”. Os serviços oferecidos foram educação em saúde, aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar, imunização contra Hepatite B, Febre Amarela, Difteria e Tétano e realização de teste rápido de Hepatite B, Hepatite C, Sífilis e HIV. Para a realização dos testes rápidos foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e em todas as etapas respeitados os aspectos éticos e legais. **Resultado:** houve alta procura e adesão dos homens da CEASA, evidenciando que a população tem interesse em serviços de saúde. Contudo, faz-se necessário que a assistência vá até eles, fortalecendo a proposta de melhorias na atenção à saúde do homem, com foco na atenção básica em lócus. Durante as ações, verificaram-se inúmeras ideias errôneas em relação à sexualidade humana, em especial a cultura hegemônica masculina em nossa sociedade que vê a mulher como vulnerável e submissa. Ainda, os homens se mostraram mais interessados na sorologia do HIV do que nas outras atividades preventivas. Dos 120 testes, 20 foram positivos para sífilis, 2 para hepatite B e 1 para hepatite C. Achados elevados quando se compara com a população de Goiás. Todos foram encaminhados para tratamento. Tal fato tem sido reportado em todos os segmentos masculinos do Brasil, evidenciando que o homem ainda não está focado na atenção primária à saúde. **Conclusão:** a população masculina da CEASA possui vulnerabilidade individual, social e em saúde, e necessidade de assistência à saúde, contudo parece ser comum a percepção de invulnerabilidade e passividade em buscar atendimento. **Contribuições/implicações para a enfermagem:** Espera-se que essa atividade estimule os homens à procura pelos serviços de saúde. Ainda, é importante que a



Estratégia da Saúde da Família mais próxima ao CEASA-GO vá ao alcance desses homens levando em consideração os pressupostos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, realizando ações educativas em lócus tendo em vista a dificuldade de acesso desses homens e o interesse que eles têm quando a assistência vai até eles, compreendendo que eles são parte integrante da sociedade e pertencentes a uma família.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

[1] Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília-DF. 2009. Available from: www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf

ESF E SUA REDE DE TRABALHADORES(AS): RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE UMA TROCA DE SABERES PARA O CUIDADO INTEGRAL

Cássio Henrique Alves de OLIVEIRA¹, *Maria Aparecida da Silva VIEIRA*³, Paula
Cândida da Silva DIAS², Rejany Mendes VIEIRA⁴

¹Pontifícia Universidade Católica de Goiás, cassioolive@live.com

²Pontifícia Universidade Católica de Goiás, cida00@gmail.com

³Pontifícia Universidade Católica de Goiás, paulacandidadias@gmail.com

⁴Pontifícia Universidade Católica de Goiás, rejany_gui@hotmail.com

Introdução: Entre as possibilidades da Educação permanente, está a de atualização técnica e científica do(a) trabalhador(a) do Sistema Único de Saúde, mais especificamente neste estudo, o(a) trabalhador(a) da Estratégia de Saúde da Família (ESF). É ainda, uma ferramenta de troca de saberes quando sua metodologia é pensada baseada no diálogo e na construção compartilhada do



conhecimento¹. **Objetivos:** Descrever a experiência vivida por acadêmicos de Enfermagem na construção e aplicação de dois momentos de capacitação e troca de saberes entre trabalhadores da ESF, em especial, junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). **Aspectos Metodológicos:** Relato de experiência que utilizou o método do Arco de Charles Maguerez², conduzido por discentes da PUC Goiás em uma unidade ESF do município de Goiânia, a partir da identificação de uma situação-problema (necessidade do debate e capacitação junto aos trabalhadores da ESF campo do estágio, sobretudo junto aos ACS. Um debate acerca de conceitos envolvendo a ESF, Saúde Pública, o direito à Saúde, os papéis desenvolvidos por cada trabalhador(a) na ESF, bem como de alguns temas envolvendo a Equidade e Saúde Mental). **Resultados:** Divididos em dois dias, os encontros se deram da seguinte maneira: Primeiro encontro com café da manhã, feito dinâmica *Eu Vejo Você*, e em seguida iniciado o debate acerca dos temas (1. Direito à Saúde; 2. Sistemas Públicos de Saúde; 3. Subfinanciamento da Saúde brasileira; 4. Atenção Básica e trabalho em Redes; 5. ESF, premissas; 6. Promoção da Saúde e determinações sócias; 7. Rede de trabalhadores da ESF, atribuições comuns e específicas) além de debate a partir de algumas perguntas e falas indutoras (*Você é um agente de mudanças? Trabalhar em equipe, um desafio nosso!*). O segundo encontro buscou potencializar a abordagem motivacional, especialmente com foco na visita domiciliar, a partir do debate baseado em algumas perguntas indutoras (*Como abordar na Visita Domiciliar? Como motivar a Promoção da Saúde? Você ACS gosta de realizar a Visita Domiciliar? E os(as) Usuários gostam da sua Visita? Minha Visita é uma Visita? Sou Multiplicador?*), seguido de momento de exposição sobre a Saúde Mental, um pouco de sua história e debate sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Reforma Psiquiátrica desenhando uma nova forma de enxergar o(a) Usuário(a). O dia ainda foi de debate sobre Controle Social e Conferências de Saúde. **Conclusão:** *Oportunizar a troca de saberes, é avançar para um pensamento mais amplo e crítico. Especialmente neste estudo, sentimos o desenvolver do ACS enquanto agente de mudanças sentido à Promoção da Saúde e ao trabalho em Redes. Abordagem desenvolvida nos encontros, e necessária de ser multiplicada, é a de incentivo e valorização de cada trabalhador(a) da ESF, onde desempenham papéis de acordo com suas atribuições, mas que*



todos(a) devem ser igualmente valorizados. Contribuições para a Enfermagem: A partir do trabalho avançamos na formação de defensores do SUS, do direito à Saúde, do crescimento da Atenção Básica, contra a intensificação de ataques e desmonte do SUS, dos direitos Sociais e defensores de suas profissões, em especial a de Enfermagem e ACS.

Referências

¹Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

²BERBEL, N. A. N. Metodologia da Problematização: fundamentos e aplicações. Londrina: Editora UEL, 1999.

JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE POR MEIO DA ESTIMATIVA RÁPIDA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jhonny Patrick Santos TEIXEIRA, Izabella Carvalho de ALMEIDA, Ulisses Ferreira BARBOSA, Me. Dd^o Laidilce Teles ZATTA, Me. Vanusa Claudete Anastácio Usier LEITE, Dr. Silvio José De QUEIROZ, Sílvia Rosa TOLEDO

jhonnypatrick10@hotmail.com

Curso de Enfermagem, Escola de Ciências Sociais e da Saúde
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Introdução: Há uma importante relação entre Ministério Público (MP) e a Secretaria de Saúde com relação à assistência em saúde. Quando há falhas na responsabilidade de um setor, sobrecarrega o restante do sistema, e gera diversos processos junto ao MP, cujas reivindicações poderiam ser resolvidas junto às equipes de Atenção Básica⁽¹⁾. **Objetivo:** Identificar e analisar as principais demandas referentes à judicialização em saúde, enfrentadas por uma equipe que gere a Atenção Primária, no período de Novembro de 2016 a Abril de 2017, por meio da utilização da Técnica da Estimativa Rápida. **Descrição Metodológica:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, do tipo



relato de experiência, com levantamento de dados secundários obtidos em sistema de dados.

Resultados: Foram analisadas demandas oriundas do Ministério Público – GO e Relatórios Sociais SEMAS (Secretaria Municipal de Assistência Social), no período de Novembro de 2016 a Abril de 2017. **Conclusão:** Nos dados avaliados, notou-se alta prevalência de Demandas do tipo Avaliação de Condição de Vida e Saúde, seguida da solicitação de Acompanhamento de Uso de Medicamento; e Disponibilidade de Acompanhante. Entre as demandas analisadas, 80% foram do tipo Avaliação de Condição de Vida e Saúde. **Contribuições para a Enfermagem:** O Levantamento de demandas que envolvem a Judicialização em Saúde permite identificar os pontos mais fragilizados da assistência, e dessa forma contribui para o direcionamento das ações em saúde.

Descritores: Saúde; Atenção Primária à Saúde; Assistência.

Referências: 1. Secretaria Municipal de saúde de Goiânia, Goiânia, 2013. Disponível em <<http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/13/11/Saude-Goiias-discutem-Atencao-Primaria.shtml>> Acesso em: 19 out. 2016.

PERCEPÇÃO ACADÊMICA FRENTE O CUIDADO DE ENFERMAGEM SISTEMATIZADO A PACIENTE COM ESPONDILODISCITE INFECCIOSA E LEPTOSPIROSE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Karinne Santos SOARES¹, Emilio Viana SANTANA², Nathália Caetano Barbosa TEIXEIRA³; Kênia Alessandra de Araújo CELESTINO⁴.

1- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; karinne_lucas@hotmail.com

2- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; emiliosantana@outlook.pt

4- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; nathaliacaetano20062@gmail.com

3- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; keniacelestino@hotmail.com

INTRODUÇÃO: Frente ao processo de formação e debates acadêmicos acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o impacto da ausência ou inadequada implementação mostra-se como uma temática relevante¹. Originalmente regida pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 272/2002 e atualmente pela Resolução COFEN 358/2009, a SAE é utilizada como metodologia assistencial entendida como aplicação prática, organizada e sistematizada da assistência ao paciente, por meio do Processo de Enfermagem (PE)². Através da SAE, pode-se tratar o paciente de forma integral, um olhar que se faz necessário para que as metas estabelecidas no planejamento sejam atingidas². A espondilodiscite infecciosa é um processo inflamatório envolvendo parte(s) da



coluna vertebral. Como resultado de um estudo, a localização mais comum do agente infeccioso é a lombar, o que pôde ser observado no paciente em questão, devido comprometimento dos movimentos de MMII⁴. **OBJETIVO:** Descrever a experiência da utilização do planejamento da instituição, as falhas da implementação no PE e a necessidade da adesão à SAE. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido por acadêmicos do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, com destaque na SAE. Essas atividades foram desenvolvidas em uma unidade hospitalar referência em atendimento de pacientes com doenças infecciosas e dermatológicas. Assim, ao adotar-se a Metodologia Ativa como forma de desenvolvimento crítico-reflexivo para o aluno, permitiu-se observar as atividades inerentes aos profissionais Enfermeiros. **RESULTADOS:** Uma das possíveis causas da rápida evolução da Lesão Por Pressão (LPP) do paciente em questão é a ausência dos movimentos de MMII devido lesão lombar por espondilodiscite infecciosa e sobrepeso. Não observou-se diagnóstico de risco que o paciente apresentava, presente no Domínio 11 Segurança/Proteção dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, sendo este “Risco de integridade tissular prejudicada relacionada a mobilidade prejudicada”, conseqüentemente, de prescrições com a frequência para mudança de decúbito⁵. **CONCLUSÃO:** A partir da análise do prontuário e da evolução rápida da LPP, observamos que devido às falhas do planejamento da instituição, o paciente é exposto a riscos na unidade de internação. Para os diagnósticos de riscos, existem prescrições específicas para que a lesão ou comorbidade não se instale, piorando assim o quadro do paciente. Para que este processo aconteça, utilizamos a ferramenta de sistematização do Enfermeiro para uma assistência eficaz aos pacientes, pois o enfermeiro é o profissional da Saúde que mantém maior contato com o paciente no processo de internação⁶. Portanto, se faz necessária a mudança do planejamento assistencial, implementando-se a SAE e todos processos que a envolve. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** Esse estudo contribui para discussões e reflexões acerca dos benefícios que a SAE oferece para o profissional e para o paciente, no processo de ensino-aprendizagem entre universidade-serviço de saúde e na formação da competência do enfermeiro que atua na área de assistência intra-hospitalar.



1. Gonçalves LRR, Nery IS, Nogueira LT, Bonfim EG. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica do discente. Esc Anna Nery 2007; [citado 2011 abril 21]; 11(3): 459-65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300010&lng=en. DOI: 10.1590/S1414- 81452007000300010.
2. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (CFE). Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=10113§ionID=34>
3. Carvalho EC, Bachion MM. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(3):466. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm>.
4. Herrero CFPS, Nascimento AL do, Cunha RP, Souza JPV de, Nogueira-Barbosa MH, Defino HLA. Infectious spondylodiscitis: has there been any evolution in the diagnostic and treatment outcomes?. Coluna/Columna. 2014, dezembro. 13 (4): 294-297. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512014000400294&lng=en.
5. NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015-2017, Tenth Edition. Edited by T. Heather Herdman and Shigemi Kamitsuru. © 2014 NANDA International, Inc. Published 2014 by John Wiley & Sons, Ltd. Companion.
6. Viecelli AM, Andrade EF, Grando SR, Böing JS, Silva JBS. Sistematização da Assistência de Enfermagem: A criação de uma ferramenta informatizada. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.121.pdf>



CRIPTOCOCOSE – AMEAÇA URBANA

Cássio Fernandes de Souza^I; Eci Tavares Chagas^{II}; Lúcio Marcos Silva de Oliveira^{III}; Shara Silva Lima^{IV}; Wemerson de Souza Pajau^V.

Introdução: A Criptococose é uma doença infecciosa fúngica potencialmente fatal. Trata-se de uma micose causada principalmente pelo *Cryptococcus neoformans*. É uma infecção fúngica sistêmica, predominantemente oportunista, a qual possui tropismo pelo sistema nervosa central (SNC), respiratório e tegumentar. O *Cryptococcus neoformans*, ocorre em diversos substratos orgânicos, frequentemente associados ao habitat de aves, fezes secas. Condições favoráveis ao crescimento abundante desta levedura formam microfocos, notadamente em centros urbanos e relacionados a pombos. De acordo com o Ministério da Saúde, (2010), os principais sintomas são lesões cutâneas, meningite, caracterizado por febre, fraqueza, dor no peito, rigidez de nuca, cefaleia, vômito, sudorese noturna, confusão mental e alterações de visão. Esse trabalho tem como objetivo relatar a experiência de uma visita de campo, que teve como objetivo verificar a presença de fatores de risco no meio ambiente, para a transmissão dessa micose. **Metodologia:** Foi realizada uma visita a Praça dos Trabalhadores, em Goiânia-GO, com o objetivo de identificar a presença de pombos e de locais propícios para criação dos mesmos. Foram realizadas observações gerais dos possíveis riscos de saúde a população. **Resultados e Discussão:** Foi observado por meio de esta visita que o local conta com total falta de limpeza, tanto por parte da população quanto do órgão público responsável pela limpeza e manutenção do local (Comurg). A visita foi realizada em um domingo para poder demonstrar bem a situação do local, pois é justamente aos domingos que acontece a “Feira Hippie de Goiânia”, onde o acúmulo de lixo é intenso, conseqüentemente acaba atraindo os pombos comuns, que é uma ave encontrada em grande número nos centros urbanos devido a diversos fatores como a facilidade de encontrar alimento e abrigo. É evidente a falta de conscientização da população, sendo necessária mais fiscalização e ações educativas que promovam prevenção.

Conclusão: Este estudo mostra o quanto o ser humano está exposto a várias patologias microscópicas que muitas das vezes é consequência da própria ação humana, como o crescimento urbano desordenado, desmatamentos e a poluição. É necessário que a humanidade amadureça em relação às responsabilidades sociais e ambientais.



ADESÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS ENTRE OS PROFISSIONAIS DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rafael Alves de SOUZA¹; Mykaella Cristina Araújo MARGARIDA¹; Clarice Carvalho dos SANTOS²; Milca Severino PEREIRA³; Sílvio José de QUEIROZ³; Adenícia Custodia Silva e SOUZA³.

¹ *Discentes do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e participantes do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq;*

² *Professora Mestre, Faculdade União Goyazes;*

³ *Orientadores, Professores Doutores, Curso de Enfermagem PUC Goiás.*

Contato: souzaalvesr94@gmail.com

Introdução: O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) caracteriza-se por uma grande demanda e alta rotatividade de atendimentos. Por esta razão, pode favorecer a quebra dos princípios de prevenção de contaminação, constantes nos protocolos de atendimento ao paciente, ocorrendo eventos adversos. Observa-se a necessidade da redução de danos ao paciente mediante a adoção de medidas de segurança. A higienização das mãos (HM) se apresenta como uma das mais eficientes medidas de prevenção de infecções na prestação de assistência à saúde (IRAS)¹. Evidências científicas são encontradas em várias pesquisas confirmando a sua importância como uma das medidas de segurança aos usuários dos serviços de saúde, bem como, uma ação preventiva de baixo custo e que se reveste de relevância no programa de seguridade ocupacional. **Objetivo:** Observar a adesão à prática e à técnica da higienização das mãos com água e sabão e/ou álcool em gel. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, sobre a higienização das mãos entre profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), atuantes no atendimento direto ao paciente. Realizada mediante observação direta e não participativa conduzida por estudantes do Programa de Iniciação Científica da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, na coleta de dados de um projeto de pesquisa do Programa de Mestrado em Atenção à Saúde, intitulado: “Adesão à prática e à técnica da higiene de mãos”.



Considerou-se no processo de observação as normas estabelecidas e recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS)² e pela ANVISA³. A observação constou de cinco cenários previamente determinados. Foram realizadas observações em diversos dias e em diferentes horários. Os estudantes, auxiliares de pesquisa, permaneceram em posições estratégicas de modo a permitir a visualização dos atendimentos, bem como, dos procedimentos usados pelos profissionais. Como este relato de experiência ocorreu em um cenário de pesquisa, todos os princípios éticos constantes na Resolução n.466 do Conselho Nacional de Saúde foram obedecidos. Os parâmetros usados para a observação foram fundamentados conforme preconizado no manual de higienização das mãos em serviços de saúde³.

Resultados: Os auxiliares de pesquisa foram treinados quanto à metodologia recomendada pela OMS² e ANVISA³ e quanto aos itens que compunham a pesquisa. 1- Adesão à higienização das mãos e à técnica com água e sabão, antes de adentrar a ambulância: dentro da unidade, havia um pequeno lavabo no pátio com disposição de água e sabão para realizar a higienização das mãos. No quarto de repouso dos profissionais existe um banheiro em condições de uso, porém, observou-se que os poucos profissionais que utilizavam o lavabo antes de adentrar a ambulância, realizavam a técnica de forma inadequada, apenas fazendo fricção palma-palma e palma-dorso, além de encostar constantemente na pia no momento do enxágue, fechar a torneira com as mãos e nem sempre enxugar com o papel toalha, utilizando repetidas vezes, a própria roupa. Notou-se também, que ao sinal do chamado da unidade de suporte básico, a higienização das mãos foi negligenciada e, assim, muitos profissionais realizavam apenas a higienização com álcool em gel dispostos em dispensadores nas ambulâncias, sem presença de sujidade visível. 2- Adesão à higienização das mãos e à técnica com álcool em gel, antes do contato com o paciente: dentro das ambulâncias haviam dispensadores de álcool em gel, para facilitar aos profissionais o seu uso antes do contato com os pacientes, porém, observou-se que muitos profissionais calçavam as luvas de procedimento sem realizar a higienização das mãos com álcool em gel. Destaca-se que a ausência do procedimento influencia negativamente a segurança do paciente



uma vez que, antes e após o contato com o paciente, várias superfícies dentro da ambulância foram tocadas pelo profissional que prestou assistência direta.

3- Adesão à higienização das mãos e à técnica com álcool em gel, antes da realização de procedimento asséptico: dentro das ambulâncias haviam garrafas de água para retirada de sujidade das mãos, para posteriormente realizarem a higienização de mãos com o álcool em gel disposto. Mas, foi observado que a água das garrafas não foi utilizada em todas as oportunidades.

4- Adesão à higienização das mãos e à técnica com álcool em gel, após risco de exposição a fluidos corporais: após o contato com fluidos corporais, era realizado o descarte das luvas de procedimentos e uma rápida higienização das mãos com álcool em gel, de forma inadequada, realizando apenas palma-palma e palma-dorso e na maioria, com sujidade visível nas mãos (pó das luvas).

5- Adesão à higienização das mãos e à técnica com água e sabão, após o contato com o paciente na chegada à unidade hospitalar ou à base do SAMU: após a ocorrência, era realizada a higienização das mãos no lavatório da unidade hospitalar ou do SAMU, de forma ineficaz, prevalecendo sempre a técnica: palma-palma e palma-dorso. Havia também profissionais que não realizavam nenhuma das etapas. Evidenciou-se que, quando não havia contato com fluidos corporais como sangue, vários profissionais negligenciavam a higienização das mãos, seja na chegada à base ou à unidade hospitalar. A técnica de higienização das mãos foi considerada inadequada, na maioria das vezes, pelo esquecimento de algumas etapas do procedimento recomendado pelas normas, seja pela sobrecarga de serviço, ou pela preocupação com a quantidade de atendimentos, sem atenção à qualidade. Um dos desafios encontrados entre profissionais da saúde sobre a HM é a falta de conscientização sobre a sua necessidade e a sua importância e a ausência de motivação para lavar corretamente e frequentemente as mãos⁴.

Considerações Finais: Dada a importância da adoção da higienização das mãos pelos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência para prevenir infecções relacionadas à assistência à saúde e a situação observada, notou-se que a cultura do uso da técnica correta e nos momentos recomendados representa um desafio para os profissionais de saúde.



Observou-se que a exposição a eventos adversos foi uma constante tanto para os profissionais, quanto para os pacientes atendidos. É necessário estimular e conscientizar os profissionais acerca da importância da adesão à higienização das mãos e da qualidade dos procedimentos realizados pelos graduandos e profissionais da saúde para a assistência segura e eficaz. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** A Enfermagem visa a promoção e o bem-estar do indivíduo e do profissional, razão pela qual preconiza suas ações de modo a promover a saúde e evitar agravos decorrentes da sua prática. As evidências científicas acerca da HM fundamentam a técnica preconizada pela OMS e Anvisa. Implementar a HM de forma adequada é contribuir para a redução do tempo de internação dos pacientes por complicações associadas às infecções relacionadas a assistência à saúde e, contribuir para a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Anacleto ASCB, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Higienização das mãos como prática do cuidar: reflexão acerca da responsabilidade profissional. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 [acesso em 2017 abr. 27]; 70(2): 442-445. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0442.pdf
2. WHO - World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care [Internet]. Geneva (Switzerland), 2009 [acesso em 2017 abr. 25]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf?ua=1
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de higienização das mãos em serviços de saúde [Internet]. Brasília, DF; Anvisa 2007 [acesso em 2017 abr. 3]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/manual_integra.pdf
4. Mota EC, Barbosa DA, Silveira BRM, Rabelo TA, Silva NM, Silva PLN, Ribeiro JL, Silva CSO, Gonçalves RPF. Higienização das mãos: uma avaliação da adesão e da prática dos profissionais de saúde no controle das infecções hospitalares. Rev Epidemiol Control Infect [Internet]. 2014 [acesso em 2017 abr. 26]; 4(1):12-7. Disponível em:



PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO EM CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

AUTORES: Amanda Barbosa CAMPOS; Armanda da Conceição Silva BARBOSA; Catharina Maria Pereira Neves Freitas OLIVEIRA; Karolayne Pires de SOUZA; Katharine Pires de SOUZA; Lorrany Alves de CARVALHO; Camila Rodrigues ROSA

INSTITUIÇÃO DE ENSINO: UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA–
UNIVERSO

ENDEREÇO ELETRÔNICO: WWW.UNIVERSO.EDU.BR

ORIENTADORA: Fernanda Lima e SILVA

INTRODUÇÃO: Este trabalho surge diante da observação da grande quantidade de contaminação hospitalar que vem acontecendo. A infecção hospitalar, segundo a maioria dos autores, inclui os processos infecciosos adquiridos no hospital¹. A Central de Material e Esterilização (CME) é uma unidade responsável pelo controle de infecção hospitalar, uma vez que, ao distribuir artigos processados, influencia o processo saúde-doença de modo positivo ou negativo, na medida em que predisponha ou não o ambiente hospitalar ao surgimento de infecções². **OBJETIVOS:** Descrever a atuação do enfermeiro na prevenção e controle de infecção hospitalar na CME e despertar os profissionais quanto a importância desta comissão. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** O estudo será feito no nível descritivo, que “implica observação, registro e análise do objeto que está sendo estudado”³, com abordagem qualitativa. Será realizada a busca de artigos dos últimos dez anos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando-se os seguintes descritores: Infecção Hospitalar; Central de Material e Esterilização; Enfermeiro. Os critérios de exclusão foram artigos que não estavam dentro do recorte temporal definido, artigos em língua estrangeira e os que apresentaram fuga do tema. **RESULTADOS:** Transcorrido a fase de pesquisa, espera-se que esse trabalho



consiga elucidar as atividades inerentes à CME e ao mesmo tempo fornecer subsídios necessários para promover o interesse dos profissionais de saúde sobre o tema.

CONCLUSÃO: A implantação de uma CME é uma decisão que certamente vem acompanhada pela redução dos índices de contaminação da unidade de saúde e por isso precisa ser uma prioridade no ambiente hospitalar.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Esse trabalho pretende despertar os profissionais de saúde para a importância de manter o funcionamento da CME atendendo com mais alto rigor os protocolos por ela exigidos já que “a capacitação profissional demanda bons treinamentos e a conscientização que se pode alcançar através da educação permanente. Esta reflexão, realizada no próprio serviço, estimula muito mais o profissional⁴.”

REFERÊNCIAS

1. Lidvina Horr, Inez Maria Oro, Alacoquo Lorenzini, Lorena e Silva. Rev. Bras. Enferm. vol.31 no. 2 Brasília 1978.
2. Tipple AFV, Souza TR, Bezerra ALQ, Munari DB. O trabalhador sem formação em enfermagem atuando em central de material e esterilização: desafio para o enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(2): 173-80.
3. MARION, José Carlos; DIAS, Reinaldo; TRALDI, Maria Regina. Monografia para os custos de administração, contabilidade e economia.
4. São Paulo: Atlas, 2002. Moreno, Enders e Simpson (2008, p. 675).

DISTRIBUIÇÃO DA DENGUE POR MACRORREGIÕES BRASILEIRAS NO PERÍODO DE 2007 A 2012.



AUTORES: Lisa Wilhelms SANTOS¹; Eduarda Lorraine Faria SILVA²; Emilio Viana SANTANA³; Hugo Vaz de LIMA⁴; ; Maria Madalena Del Duqui LEMES⁵; Nathália Caetano Barbosa TEIXEIRA⁶;

ORIENTADOR: Silvio José de QUEIROZ⁷

- 1- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: lisawilhelms@hotmail.com
- 2- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: eudardalorraine@gmail.com
- 3- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: emiliosantana@outlook.pt
- 4- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: ver.jil@hotmail.com
- 5- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: mdelduqui@gmail.com
- 6- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: nathaliacaetano20062@gmail.com
- 7- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: silvio.resgate@gmail.com

INTRODUÇÃO: A dengue é doença infecciosa aguda que tem como agente etiológico o vírus do gênero *Flavivirus* que pertence a família *Flaviviridae*. Essa condição clínica tem como vetor o mosquito fêmea *Aedes Aegypti* e possui classificação para quatro sorotipos DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4¹. Dentre as doenças tropicais negligenciadas a dengue apresenta maior significância para a Saúde Pública do Brasil, pois os aspectos necessários para a proliferação bem sucedida de seu vetor estão totalmente relacionados com as condições climáticas encontradas no país¹. Além disso, os dados epidemiológicos apresentados pela Organização Mundial de Saúde apontam que os países localizados na sub-região denominada Cone do Sul são responsáveis por 64,6% (2.798.601) dos casos de dengue registrados nas Américas durante os anos de 2001 a 2007. Dentre esses, o Brasil é o país autor de 98,5% das notificação mencionadas². **OBJETIVO:** Descrever a distribuição dos casos de dengue no Brasil, no período de 2007 a 2012. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, epidemiológico do tipo ecológico com dados secundários obtidos no banco do Sistema de Informação e Agravos de Notificação – SINAN e DATASUS. Foram utilizados todos os casos notificados no período de 2007 a 2012 e excluídos os casos não residentes no Brasil e de duplicidade. Por se tratar de dados de



domínio público, o estudo dispensa a apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **RESULTADOS:** Após a análise e tabulação dos dados observou-se o perfil epidemiológico e distribuição da dengue nas macrorregiões brasileiras. Notou-se que a região Sudeste é a mais acometida, com cerca de 1.653.022 casos, seguida pela Nordeste com 997.424 casos, Centro- Oeste com 577.440 casos, Norte com 395.147 casos e Sul com 107.499 casos. **CONCLUSÃO:** O estudo despertou a necessidade de uma análise que relacione os fatores climáticos com as condições socioeconômicas e instrutivas da população a fim de buscar soluções para a diminuição da incidência da dengue no Brasil. Ainda, reforça a importância das ações de prevenção primária em saúde para o desenvolvimento de uma consciência individual, governamental, industrial e coletiva na população a respeito das medidas comportamentos que minimizam os focos de dengue. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** como enfatizado nas políticas públicas de saúde, é de atribuição do enfermeiro sistematizar a educação em saúde. Deste modo, ressalta-se a importância de uma educação continuada promovida pela equipe de enfermagem, baseada na política nacional de promoção de saúde a fim de garantir a promoção de ambientes saudáveis.

REFERÊNCIAS:

- 1- Fiocruz. Dengue. 2013. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/dengue-0>. Acesso em: 08 mai. 2017.
- 2- World health organization. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. World Health Organization. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/tdr/publications/documents/dengue-diagnosis.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2017.

PESQUISA QUALITATIVA EM ENFERMAGEM: FATORES RESTRITIVOS DA PRÁTICA COM GRUPOS RELACIONADOS AOS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM GOIÁS



Johnatan Martins SOUSA, Nayana Cristina Souza CAMARGO, Ludmyla Rodrigues de OLIVEIRA, Luciana Pereira RODRIGUEZ, Maria Alves BARBOSA, Fernanda Costa NUNES, Camila Cardoso CAIXETA.

Universidade Federal de Goiás

johnatanfen.ufg@gmail.com, cristynay@gmail.com,
luudyrodrigues@gmail.com, lucyrpereira@gmail.com,
maria.malves@gmail.com, ferdson@hotmail.com, camilaccaixeta@uol.com.br.

Introdução: Os enfermeiros no seu campo de atuação constantemente realizam atividades grupais como por exemplo no âmbito hospitalar ou ambulatorial durante a assistência aos pacientes, em ações de educação em saúde com toda a comunidade e também em atividades ligadas à pesquisa e formação de profissionais (1). O uso do grupo como instrumento para o cuidado humano torna imprescindível o conhecimento dessa tecnologia pelos profissionais para proporcionar um melhor desempenho desta ferramenta. Para que isso ocorra é necessário que o enfermeiro busque uma formação específica (2) para aperfeiçoar a sua atuação na prática assistencial, educacional ou gerencial. É importante que se tenha clareza das questões conceituais e das características, principalmente quando se objetiva compreender os grupos como espaço de ação profissional, como no caso da enfermagem que o utiliza em contextos diversificados (2). No contexto da enfermagem, as finalidades da atividade grupal junto aos usuários podem ser educativas ou de informação, reflexão e suporte. A finalidade também pode ser terapêutica, caso o enfermeiro tenha capacitação para a execução e coordenação das técnicas que atinjam a esse objetivo (3). Após a Reforma Psiquiátrica houve a expansão da utilização do grupo como ferramenta terapêutica em função desse recurso oportunizar as trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências e a melhoria na adaptação ao modo de vida individual e coletivo (4) das pessoas com sofrimento psíquico. As relações que ocorrem nos grupos terapêuticos auxiliam as pessoas a reavaliar suas ideias, sentimentos e comportamentos ao longo de sua história, colaborando para melhores relacionamentos e muitas vezes minimizando o sofrimento mental (5). Mas apesar de todos esses



benefícios, operacionalizar um grupo terapêutico é tarefa desafiadora, pois envolve o manejo de fatores que impulsionam e restringem a convivência grupal. Assim, para os profissionais que se dedicam ao trabalho em saúde mental, álcool e outras drogas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), nos pontos de atenção da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), principalmente nos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), compreender o que são grupos e equipes, como eles funcionam e se estruturam enquanto ferramenta de cuidado e convivência é competência fundamental. Desse modo, o objetivo deste estudo foi identificar os fatores restritivos da prática com grupos nos serviços de saúde mental do Estado de Goiás.

Descrição metodológica: trata-se de uma investigação qualitativa desenvolvida pelo Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental (RECUID) da Faculdade de Enfermagem (FEN) da Universidade Federal de Goiás (UFG) do tipo pesquisa-ação. Para coleta dos dados realizou-se 11 encontros presenciais seguindo a metodologia do Arco de Magueres de fevereiro a setembro de 2016. Cada encontro foi registrado por meio de gravação de áudio, fotografias e registro no diário de campo dos pesquisadores responsáveis. Além disso, considerando a necessidade de se conhecer a atuação de cada profissional no contexto das atividades grupais, foi elaborado um questionário auto-aplicável, com vistas a identificar e descrever os fatores restritivos da prática com grupos nos serviços de saúde mental. Os dados deste estudo foram organizados e trabalhados segundo o método da análise de temática. Esse método consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma mensagem e que significam alguma coisa para o objetivo analítico visado. Foram incluídos no estudo 27 serviços de saúde mental constituídos por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatórios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de 23 municípios do Estado de Goiás, devidamente implantados e em pleno funcionamento. Quanto aos sujeitos foram incluídos 66 profissionais de saúde em atividade profissional nos respectivos serviços, com nível superior completo em exercício profissional na ocasião da coleta de dados. A pesquisa tem a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sobre o protocolo nº 821.767.



Os sujeitos do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e sua autorização foi registrada através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados: A partir da análise dos dados coletados elencou-se como fatores restritivos relacionados aos profissionais: o sentimento de ansiedade e angústia por não atingir as expectativas dos usuários e pelas dificuldades de formar os grupos de modo efetivo; auto cobrança por saber que podem fazer mais e melhor nos grupos; dificuldade de ser organizado e disciplinado no planejamento e elaboração dos grupos; limitações para lidar com a impaciência e cognição diminuída de alguns usuários; falta de interesse, compromisso e empenho de alguns profissionais da equipe associados à falta de confiança na condução dos grupos; medo da reação dos usuários; falta de experiência e técnica para a condução dos grupos; falta de conhecimento, capacitação e aperfeiçoamento em técnicas grupais; dificuldade para conduzir e administrar o tempo do grupo; desafio de lidar com usuários difíceis que incomodam e atrapalham o andamento dos grupos, que não aderem às técnicas e que não permanecem até o fim; dificuldade em motivar a participação do usuário e de fazer circular a fala entre os participantes do grupo; tensão e timidez ao falar para um grupo grande; desmotivação profissional.

Conclusão: Com a execução desta pesquisa foi possível realizar um diagnóstico dos fatores restritivos da prática com grupos terapêuticos nos serviços de saúde mental do Estado de Goiás no que se refere a atuação dos profissionais. Ter conhecimento desses fatores é fundamental para subsidiar ações de educação permanente que possam transformar a prática das equipes de saúde para a realização de grupos mais efetivos e compatíveis com o que é proposto pelo modelo de atenção psicossocial.

Contribuições/implicações para a Enfermagem: No contexto da saúde mental, principalmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o enfermeiro muitas vezes assume o papel de coordenador de grupos terapêuticos para ofertar cuidado à pessoas em sofrimento psíquico, com transtorno mental e com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas,



realizando diversos grupos tais como: de suporte a familiares, de educação em saúde, de autocuidado, de prevenção de recaída e de orientação para a medicação. Por isso, é fundamental que durante o processo de formação desses profissionais, se realizem ações de capacitação e qualificação para o planejamento, condução, coordenação e avaliação de grupos terapêuticos. Pois assim é possível garantir que essa tecnologia de cuidado será colocada em prática satisfatoriamente.

Referências

1. Munari DB, Furegato ARF. Enfermagem e Grupos. Goiânia (GO): AB Editora; 2003.
2. Munari DB, Godoy MTH. Análise da produção científica sobre a utilização de atividades grupais no trabalho do enfermeiro no Brasil: 1980 a 2003. Rev 3 Latino-Am. de Enfermagem, 2006;14(5).
3. Simões FV, Stipp MAC. Grupos na enfermagem: classificação, terminologias e formas de abordagem. Esc. Anna Nery R Enferm., 2006;10(1):140.
4. Benevides DS, Pinto AGA, Cavalcante CM, Jorge, MSB. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ., 2010;14(32):128.
5. Bechelli LPC, Santos MA. Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. Rev. Latino-am.Enfermagem, 2002;23(3):385-387.

CORTADORES DE CANA: A REALIDADE NO CERRADO BRASILEIRO

Grazielle Rosa da Costa e SILVA, Karlla Antonieta Amorim CAETANO,
Thaynara Lorrane Silva MARTINS, Thaynara Ferreira AMORIM, Bruna Campos
da Silva ALVES.



Discente Universidade Federal de Goiás (UFG)

grazielle.13@hotmail.com

Docente Universidade Federal de Goiás (UFG)

karllacaetano@gmail.com

Discente Universidade Federal de Goiás (UFG)

thaynara3@hotmail.com

Discente Universidade Federal de Goiás (UFG)

th_aaay@hotmail.com

Discente Universidade Federal de Goiás(UFG)brunacalves@outlook.com

Introdução: O início da cultura da cana-de-açúcar advém antes da chegada da coroa portuguesa em solo brasileiro¹. E em decorrência das modificações e desenvolvimento agrícola, a cana-de-açúcar, atualmente é considerada uma das principais alternativas para o setor de biocombustíveis derivado do grande potencial na produção de etanol e seus respectivos subprodutos, situação que influência diretamente na economia nacional. O Brasil é considerado o maior produtor mundial de cana de açúcar, tendo importante significância no agronegócio brasileiro². Após a globalização o mercado sucroalcooleiro se tornou em maioria mecanizado, porém muitas usinas canavieiras ainda demandam do corte manual³ e então muitos trabalhadores passam pelo processo de migração, a maioria vindos de cidades nordestinas por exemplo, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Maranhão e diversas são as regiões de destino dentre elas o centro-oeste. Goiás é o segundo produtor nacional de cana-de-açúcar² e portanto um importante gerador de mão-de-obra. A população rural é caracterizada por agricultores, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Os cortadores de cana convivem com um cenário perigoso, insalubre, estressor^{3;4}. Fatores que predispõem vulnerabilidade a comportamentos de risco, como o uso de drogas, álcool, relações sexuais não seguras, acidentes mecânicos, ergonômicos, psíquicos, biológicos, físicos e químicos⁵. Objetivos: O objetivo do trabalho é relatar a experiência de uma atividade prática de extensão do grupo de



pesquisa Núcleo de estudos em Epidemiologia e Cuidados em Agravos Infeciosos, com ênfase em hepatites virais-NECAIH da faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG). Descrição metodológica: A ação de extensão faz parte do projeto de pesquisa âncora intitulado “Epidemiologia das hepatites virais B e C, HIV/aids e sífilis em cortadores de cana-de-açúcar: base para ações de promoção da saúde” e foi realizada no mês de agosto de 2016, em Usinas localizadas nas cidades de Itapaci, Rubiataba e Uruana do estado de Goiás. O público envolvido foi composto por 327 cortadores de cana manual. As atividades de educação em saúde foram realizadas nos canaviais ao ar livre e ao lado das plantações de cana. Foram desempenhados acolhimentos e diagnósticos das situações de saúde dos trabalhadores (dados sociodemográficos e possíveis fatores de risco para as Infecções Sexualmente Transmissíveis-IST), bem como atividades de educação em saúde. As tarefas iniciava-se às sete e meia da manhã e terminam às cinco e meia da tarde, período em que os mesmos trabalhavam. Deslocávamo-nos para diferentes lugares e pontos das usinas com o auxílio de profissionais da empresa, esses mesmos profissionais chamavam os cortadores e então realizava-se os devidos esclarecimentos sobre o projeto e o convite para participação. O grupo NECAIH contou com a participação de 18 pessoas incluindo docentes e discentes, todos vinculados a UFG. Resultados: A ação obteve boa aceitação por parte dos trabalhadores, à medida que realizávamos as atividades, novos canavieiros chegavam com desejo de participar e terem a curiosidade e interesse em saber suas condições de saúde. Todos os indivíduos eram do sexo masculino e a maioria tinha entre 30 e 39 anos de idade (37,7%). Em relação ao estado civil, 73% eram casados e mais da metade era natural de cidades nordestinas (61,2%) e por isso moravam em alojamentos com outros colegas de trabalho. Os alojamentos eram instalados longe das sedes das usinas, constituía-se por quartos com beliches, refeitórios, banheiros e lavanderia. Esses trabalhadores estão em constante processo de migração, pois viajam a trabalho no período da safra que dura em média oito a dez meses e durante este período ficam longe das famílias (pais, esposas, filhos). A forma de salário nesse meio é através da



produção, ou seja, maior número de canas cortadas, maior será a quantia de dinheiro recebida, em média o lucro é R\$ 1,761 (53,2%) e muitos relataram enviar a renda para os entes queridos. Evidenciou-se a realidade pesada desses trabalhadores, à medida que iam para os canaviais durante a semana (segunda-feira a sexta-feira) e também aos finais de semana (sábado e domingo). Como forma de aliviar essa rotina de trabalho, 207 (63,3%) relataram fazer uso de álcool e 35 (10,7%) utilizam maconha. Observou-se as diferentes formas de riscos ocupacionais presentes nesse ambiente, por exemplo, picada de animais peçonhentos, radiação solar, fuligem da cana queimada, cortes com as ferramentas. Cerca de 189 trabalhadores (57,8%) relataram acidente ocupacional durante a carreira de canavieiro e para prevenção desses riscos eram utilizados alguns Equipamentos de Proteção Individual (EPI) como, chapéu, roupas com mangas longas, bota de cano alto e luvas de tecido. Quando questionados sobre o uso de preservativos nos últimos 12 meses, 164 (50,6%) referiram nunca usar nas relações sexuais, dados que predisõem o risco às IST. Os trabalhadores relataram que procuram unidades de saúde somente quando apresentam sinais e sintomas de algumas doenças, fato que demonstra ausência na prevenção de doenças. Durante as atividades de educação em saúde, em grupo ou individual, abordando a saúde sexual, observou-se baixo conhecimento a respeito das vias de transmissão e prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis. Conclusão: Compreende-se a importância desse projeto por demonstrar uma vivência diferente das quais estamos familiarizados decorrente de ser uma população do campo que passa por diversas situações e se doa para contribuir com as altas estimativas de produção do país, afinal são um dos responsáveis por esses índices positivos. Percebe-se a necessidade em realizar ações que visem a promoção da vitalidade do homem, pois muitos negligenciam o cuidado com a própria saúde e a execução de projetos que visem esclarecimentos dos fatores de riscos que podem acarretar em Infecções Sexualmente Transmissíveis- IST. Ao executar essa atividade observamos a importância da educação em saúde e como as ações podem modificar a realidade das pessoas possibilitando aumento na qualidade de vida.



Contribuições/Implicações para Enfermagem: Um dos princípios da enfermagem é o cuidado, e esse cuidado pode ultrapassar as paredes do hospital. A realização dessa atividade representa, de fato, a concretização das Políticas Públicas de Saúde, e recomenda-se a multiplicação de ações, que como essa, atinjam grupos socialmente excluídos e vulneráveis a inúmeras enfermidades, permitindo conseqüentemente o conhecimento e perpetuação da saúde. A execução desse projeto permitiu alcançar e ampliar o público da Enfermagem demonstrando o exercício da universalidade.

REFERÊNCIAS

- 1.Araújo ES, Santos JAP. O desenvolvimento da cultura da cana-de-açúcar no Brasil e sua relevância na economia nacional. *Facider*. 2013 Set 01. (4): 1-16.
- 2.Ministério da agricultura, pecuária e abastecimento (Brasil). Conab, Companhia Nacional de Abastecimento. Acompanhamento da safra agrícola-Cana de açúcar. Safra 2017/2018. Brasília: Ministério da agricultura, pecuária e abastecimento, 2017. 10-12p.
- 3.Nunes DMP, Silva MS, Cordeiro RLM. A experiência de trabalho e dos riscos entre os trabalhadores-migrantes nordestinos nos canaviais paulistas. *Saúde Soc*. 2016 Set 25; 25 (4):1122-1135.
- 4.Priuli RMA, Moraes MS, Chiaravalloti RM. Impacto do estresse na saúde de cortadores de cana. *Rev. Saúde Públ*. 2013 Nov 11; 48 (2): 225-231.
- 5.Abreu D, Moraes LA, Nascimento EM, Oliveira RA. A produção da cana de açúcar no Brasil e a saúde do trabalhador rural. *Rev. Bras. Med. Trab*. 2011 Set 06; 9 (2): 49-61.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO MANEJO DO PACIENTE FRENTE A HIPERTENSÃO INTRACRANIANA DE SUPORTE EM UTI

Maria Luzia Silva LIMA¹

Jordana alves barbosa dos SANTOS²

Gillalia Mendes RIBEIRO³

Nilza Nascimento Guimaraes⁴



Universidade Salgado de Oliveira – sl.marialuzia@hotmail.com
Pontifícia Universidade Católica de Goiás - ana_droj@hotmail.com
Universidade Paulista – gilhirtto@hotmail.com
Universidade Federal de Goiás – nilzang2@gmail.com

Introdução: A pressão intracraniana (PIC) é resultado do equilíbrio de três componentes: liquor, sangue e parênquima cerebral. A PIC é mensurada nos ventrículos laterais do cérebro, cuja pressão normal varia de 0 a 15 mmHg¹. O objetivo maior da monitorização da PIC é evitar as lesões secundárias de células cerebrais, que podem causar sequelas funcionais, psicológicas, comportamentais e cognitivas, com importante ônus para a reabilitação e dificuldade de reintrodução psicossocial e familiar destes pacientes². Ademais, a PIC aumentada pode reduzir o fluxo sanguíneo cerebral, resultando em isquemia e morte celular. Nos estágios iniciais da isquemia cerebral, os centros vasomotores são estimulados e a pressão sistêmica se eleva para manter o fluxo sanguíneo cerebral. **Objetivo:** Identificar na literatura as complicações da Pressão Intracraniana (PIC) e descrever as ações da enfermagem nas intervenções de suporte em UTI. **Descrição metodológica:** Esta é uma revisão integrativa, de artigos publicados entre 2007-2017, indexados, utilizando as palavras-chaves Enfermagem, Cuidados, Hipertensão intracraniana, Complicações. **Resultados:** Bell (2009)³ afirma que é comum pacientes com PIC elevada desenvolverem várias complicações que requerem suporte de enfermagem, cujas ações podem afetar positiva e negativamente o quadro. Entre as principais ações observou-se a monitorização de oxigenação cerebral, interpretação correta das ondas de pressão intracraniana, posicionamento corporal e da cabeça do paciente, elevação da cabeceira da cama e controle do ambiente. Ademais, Suadoni (2009)⁴ constata que a aspiração endotraqueal adequada, controle do balanço hídrico, higiene oral e corporal do paciente, administração correta de medicamentos prescritos, avaliação neurológica por meio das escalas padronizadas (Glasgow), aferição constante e correta dos sinais vitais. Mollan *et al* (2016)⁵ evidenciam algumas complicações como herniação cerebral, febre, hipóxia, morte encefálica, hipotensão, papiledema, cefaléia intensa, diabetes insípido (síndrome de secreção inadequada de hormônio antidiurético).

¹Relatora. Pós-graduanda em Unidade de Terapia Intensiva pelo Centro de Estudos em Enfermagem e Nutrição. Email: sl.marialuzia@hotmail.com

²Pós-graduanda em Unidade de Terapia Intensiva pelo Centro de Estudos em Enfermagem e Nutrição. Email: ana_droj@hotmail.com

³Graduanda de enfermagem pela Universidade Paulista. Email: gilhirtto@hotmail.com

⁴Orientadora. Doutora em ciências da religião. Mestre em enfermagem. Enfermeira. Email: marislei@cultura.trd.br

Conclusão: o manejo do paciente com PIC elevada inclui cuidados de enfermagem que convergem no intuito de normalizar a PIC, melhorar o fluxo



sanguíneo cerebral e a pressão de perfusão, para prevenir os desequilíbrios que exacerbam as complicações da PIC. **Contribuições para a enfermagem:** o estudo contribui para a melhora na qualidade da assistência de enfermagem frente ao paciente com hipertensão intracraniana. Ademais, demonstra como deve ser o planejamento dos cuidados prestados pelo enfermeiro para que o paciente tenha o melhor prognóstico possível.

Referências:

- 1 Amorim, C.P; Cheregatti, A.L. Enfermagem em unidade de terapia intensiva. 2 ed. EDITORA. Sao Paulo. 2014.
- 2 São Paulo. Parecer COREN-SP n. 056(BARRA) 2011. Aspiração de cateter de pressão intracraniana por profissional enfermeiro. 2011, jun, 27; seção 1, p.1-5.
- 3 Bell, L. Nursing care and intracranial pressure monitoring. American journal of critical care. 2009; 18(4): 338-339.
- 4 Suadoni, MT. Raised intracranial pressure nursing observation and interventions. Nursing standard. 2009. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Acesso em: 7 jan. 2017.
- 5 Mollan, SP. et al. Evolving evidence in adult idiopathic intracranial hypertension pathophysiology and management. Journal of neurological neurosurgical psychiatry. 2016; 11(2): 1-11.

PERFIL DA SÍFILIS CONGENITA NO ESTADO DE GOIÁS

Rafaela de Paula SANTANA⁵, Andréa Fonseca Ribeiro SANTOS¹, Hellen Kássia Rezende SILVA², Isabela dos Santos SILVA³, Marina Costa e SILVA⁴, Elisângela Eurípedes Resende GUIMARÃES⁶, Damiana Aparecida Andrade de Carvalho MOREIRA⁷

1. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. *E-mail:* rafaeladepaulasantana@gmail.com
2. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. *E-mail:* andreafrsanto1@gmail.com
3. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. *E-mail:* hellenrezendeca@gmail.com
4. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. *E-mail:* isabela19@gmail.com
5. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. *E-mail:* marinaosk@gmail.com
6. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. *E-mail:* elisangenf@gmail.com
7. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. *E-mail:* damianaparecida@gmail.com

Introdução: As doenças sexualmente transmissíveis (DST) constituem um sério problema de saúde pública que acarreta danos sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão às populações, especialmente entre



mulheres e crianças¹. A sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência quando não tratada. Para controle da Sífilis o tratamento com a penicilina contribuiu para a redução dos casos. Nos últimos anos, percebe-se o crescimento acentuado do agravo entre a população, em especial os casos de sífilis congênita. Esse agravo pode ser evitado, pois o diagnóstico materno e o tratamento são possíveis durante a gestação.

Objetivos: Descrever o perfil dos recém nascidos notificados com Sífilis Congênita no Estado de Goiás. **Descrição Metodológica:** Estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa. Foram analisados 346 casos de Sífilis Congênita, notificados no estado de Goiás, entre os anos de 2010 a 2013. Os dados secundários foram obtidos por meio do DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Resultados:** Do total de casos, a maior incidência do diagnóstico de Sífilis Congênita foi em recém nascidos do sexo feminino, com 48%, da raça parda, 37%, com até 6 dias de vida, 94,5%, cuja as mães realizaram 6 ou mais consultas de pré natal. **Conclusão:** É preciso investir na qualidade da assistência pré-natal, para o diagnóstico precoce e tratamento adequado para a gestante e parceiro. **Contribuições/Implicações para enfermagem:** É importante conhecer o perfil da Sífilis Congênita para que se possa investir na qualificação dos profissionais e garantir uma assistência pré-natal de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Pública 2004; 16:211-7.
2. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde. Gerência de Programas Especiais. Coordenação Estadual de DST/aids. Goiás, 2015.



3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Boletim – Sífilis. Ano IV- nº 1. Brasília, 2013.

4. Donalísio, M. R; Freire. J. B; Mendes, E. T. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil – desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. Epidemiol Serv Saúde 2007; 16:165-73.

5. Melo NGDO, Melo Filho DA, Ferreira LOC. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). Epidemiol Serv Saúde 2011; 20:213-22.

Modalidade: Relato de Experiência Eixo II

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CLINICA DE CARDIOLOGIA DE UM HOSPITAL ESCOLA DA CIDADE DE GOIÂNIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

AUTORES: Isabela dos Santos SILVA*; Maria Cecília Leal Chagas CABRAL*; Ramon Brandão BRITO*; Ricardo Araújo COSTA*

*Discentes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás:

e-mail: santos.isabela19@gmail.com; mariaceciliacc@gmail.com;
ramonsccp.bra@hotmail.com; ricardoaraujo101@hotmail.com

ORIENTADOR(A): Profa. Doutoranda Laidilce Telles ZATTA**

**Docente da Pontifícia Universidade Católica de Goiás:

e-mail: laidteles@yahoo.com.br



INTRODUÇÃO: A Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, é um dos fatores predisponentes para as doenças cardíacas, assim, a HAS é um agravo de característica silenciosa, pois, progride de forma assintomática na maioria dos pacientes, com a evolução da doença e o tratamento de forma inadequada podem contribuir para o aparecimento de distúrbios cardíacos. Desta forma, os agravos cardiovasculares são considerados uma das principais causas de óbitos no Brasil, e apresenta elevada importância epidemiológica nos índices de morbidade e mortalidade¹. O que impulsionou a elaboração deste trabalho foi a relevância que a Sistematização da Assistência de Enfermagem tem a contribuir na promoção da prática do cuidado, principalmente nos pacientes que se encontram em clínicas de cardiologia. **OBJETIVOS:** Este trabalho tem o objetivo relatar a experiência da utilização da metodologia problematizadora na identificação dos principais agravos cardiológicos e a utilização da SAE pelos enfermeiros de uma unidade de cardiologia em um hospital escola. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, procedente de um trabalho desenvolvido na disciplina Atividade Integradora VI do curso de graduação em Enfermagem da PUC Goiás, realizado em abril de 2017, na unidade de Cardiologia de um hospital escola. Para a realização da proposta foi utilizado o Arco de Charles Maguerez, que é composto por cinco etapas. A primeira é a observação da realidade, a segunda é a identificação dos pontos-chave, a terceira é caracterizada pela teorização, na quarta fase temos a hipótese de solução e na quinta a aplicação na realidade. O aluno observa a realidade que está sendo vivenciada, problematiza uma parcela da realidade, faz um estudo sobre o problema abordado e busca respostas ou soluções para o mesmo². **RESULTADOS:** Em abril de 2017 4 acadêmicos do curso de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior dirigiram-se ao Hospital Escola localizado na cidade de Goiânia, onde foi observado a realidade do setor de cardiologia, cujo foi realizado uma observação holística deste setor. Diante disto os alunos perceberam que no local, contém carrinho de emergência, composto por monitor eletrocardiográfico, desfibrilador e cardioversor, aparelho para realização de eletrocardiograma, drogas para uso em situações de emergência,



entre outros materiais que compõem o carrinho. Entre os dados coletados, em 23 prontuários, 34,78% eram do sexo feminino e 65,21% do sexo masculino; a média de faixa etária foi 60 anos; as principais patologias atendidas foram insuficiência cardíaca e hipertensão arterial sistêmica (HAS); e o principal procedimento cirúrgico foi troca valvar. Porém, o grupo evidenciou a ausência de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Desta maneira foi identificado como *Ponto-chave* a Ausência de Sistematização da Assistência de Enfermagem no setor de cardiologia, devido a recursos humanos ineficiente. A partir desse ocorrido, procedeu-se o estudo descritivo sobre a relevância da SAE no setor de cardiologia. Conforme a literatura, A SAE é uma metodologia de organização que prioriza o planejamento dos processos de enfermagem que serão executados pela equipe durante o atendimento⁵. Segundo a Resolução nº 358/2009 a sistematização é uma atividade privativa do enfermeiro que compreende a uma sequência de mecanismos interdependentes baseados em um suporte teórico. A SAE, enquanto ferramenta organizacional de trabalho é capaz de oferecer meios para a evolução de métodos humanizados do cuidado. Isto é, a organização do trabalho do enfermeiro de forma teórico-filosófica, requerendo conhecimento teórico-prático para ser realizado, objetivando a oferecer o cuidado mais adequado. O processo de planejamento das ações de enfermagem é indispensável para a sistematização do processo de trabalho do enfermeiro, refletindo na qualidade da assistência prestada ao paciente³. As ações na especialidade de Cardiologia é envolvida por uma ampla tecnologia e, constantemente inovadora, o que demanda mão de obra capacidade para ocupar este lócus. Desta forma, é necessária atualização das equipes constantemente sobre os cuidados de enfermagem aos pacientes internadas na clínica cardiológica, assim, o enfermeiro da cardiologia deve organizar de modo sistematizado o cuidado, contribuindo para a prática assistencial adequada e de forma individualizada, utilizando o Processo de enfermagem⁴. A utilização do método exige o pensamento crítico e reflexivo do profissional de enfermagem, que deve aderir e estar concentrado no objetivos e revertido para os resultados, visando responder às necessidades do cliente. Desta maneira, exige um constante atualização e habilidade, assim, é um



modo de dar autonomia com o enfoque em conhecimento técnico-científico a para a classe trabalhadora⁵. Diante disso, os acadêmicos desenvolveram um instrumento de SAE em Cardiologia, que irá ser apresentado para o gestor da unidade. O instrumento foi construído especificamente para o setor de cardiologia, contendo anamnese, exame físico específico e diagnóstico de prescrição de enfermagem, acompanhado por uma página para as anotações. Dentre os diagnósticos de enfermagem identificados com maior prevalência em pacientes da clínica de cardiologia são: Dor aguda, Débito cardíaco diminuído, Risco para infecção, Padrão respiratório ineficaz, Risco de integridade da pele prejudicada, Ansiedade, Risco de queda, dentre outros, sendo que, para cada diagnóstico foi estabelecido intervenções de enfermagem em forma de *checklist*. O intuito desta intervenção é trazer a SAE de forma direcionada, simples e prática para ser implementado neste setor. **CONCLUSÃO:** Diante desta vivência, podemos destacar a vasta importância que a Sistematização da Assistência de Enfermagem tem a contribuir para a promoção da segurança do paciente. Pode – se perceber – se que a SAE visa a organização do trabalho, autonomia, segurança, respaldo, além de, contribuir com a redução de dados. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Assim, percebe-se que a instituição da SAE no Setor de Cardiologia apresenta grande relevância tanto para os profissionais quanto para o cliente, pois a SAE organiza o trabalho do profissional enfermeiro de forma sistematizada. Além disso, a SAE contribui para a autonomia profissional, dando-lhe qualidade na prestação da assistência e contribuindo com a cultura de segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

- 1 - Ximenes, S. S. R. F. (2013). *Diagnósticos de enfermagem no cuidado clínico a pessoas com hipertensão e doença cardiovascular* (Doctoral dissertation, Dissertação, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza).
- 2- Berbel, N. A. N. (2012). As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, 32(1), 25-40.



3 - Santos, W. N., Santos, A. M. S., Lopes, T. R. P. S., Araújo, M. Z., & Rocha, F. C. V. (2014). Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. *JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care*, 5(2), 153-158.

4 - Lanzoni, G. M. D. M., Luzardo, A. R., Lino, M. M., & Meirelles, B. H. S. (2009). Planejamento em enfermagem e saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. enferm. UERJ*, 430-435.

5 - Silva, E. G. C., Oliveira, V. C. D., Neves, G. B. C., & Guimarães, T. M. R. (2011). Nurses' knowledge about Nursing Care Systematization: from theory to practice. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1380-1386.

DESAFIOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO COMBINADA CONTRA FEBRE AMARELA EM ÁREA DE RISCO: VACINAÇÃO, EDUCAÇÃO POPULAR E CONSULTA DE ENFERMAGEM

(Camila Canhete FERREIRA, Dayane Cristina dos Santos ALVES, Haysa Nadinne de Faria MARQUES, Lucas Aragão SOUZA, Marcos André de MATOS, Mariana Isaac Remigio CAPEL, Sara Rodrigues VILELA)

Universidade Federal de Goiás

camila_canhete03@hotmail.com

capelmirenf@gmail.com

d.alves@msn.com

haynaninha1124@hotmail.com

lucasaragaosouza@gmail.com

marcosmatos@ufg.br

sararod.vill@hotmail.com



INTRODUÇÃO: A Febre Amarela (FA) é uma doença infecciosa aguda, febril e potencialmente grave causada por um arbovírus cuja transmissão acontece através de mosquitos infectados (*Aedes aegypti*). [1] Nas Américas a doença apresenta dois ciclos diferentes, o ciclo Urbano e o Silvestre. A impossibilidade de erradicação da FA silvestre, por se tratar de uma zoonose de animais silvestres, acrescida da ampla dispersão geográfica do *Aedes aegypti* no Brasil após a descontinuidade do programa continental por sua eliminação, torna presente a ameaça de sua reemergência nos espaços urbanos. Como não há tratamento específico para o vírus, a vacinação representa a forma mais eficaz de prevenção da doença. A mesma compreende um artifício de grande importância para a saúde individual e coletiva, juntamente com a educação popular em saúde. [2] A educação popular define-se como um conjunto de atividades que sofre várias influências, e pode ser incorporada às ações em saúde de maneira contínua e sistemática. [3] **OBJETIVO:** Descrever a experiência exitosa de boas práticas de enfermagem em saúde pública, com a vacinação contra febre amarela na perspectiva da educação popular em saúde para indivíduos aglomerados em uma área de mata e com população de macacos em Goiânia-Goiás. **METODOLOGIA:** O estudo aborda a experiência de programa de vacinação realizada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia, em parceria com o Núcleo de Estudos em Epidemiologia e Cuidados em Agravos Infecciosos, com ênfase em Hepatites Virais (NECAIH), que aconteceu em abril de 2017 no Centro de Saúde (CS) da Família do Campus Samambaia da UFG. A atividade de enfermagem ocorreu, após o Ministério da Saúde (MS) registrar em 2017 um significativo número de casos suspeitos de FA em vários Estados brasileiros. Simultaneamente foram encontrados macacos mortos no Campus Samambaia da Universidade Federal de Goiás (UFG), e outros locais de Goiânia, que posteriormente exames confirmaram terem sido ocasionadas pelo arbovírus da FA. Os acontecimentos tiveram destaque nos principais meios de comunicação, e consequentemente causaram inúmeras situações de pânico na população residia, trabalhava e/ou estudava nos arredores do CS. Assim, percebendo a circulação do vírus da FA no Brasil, o MS promoveu campanhas de vacinação



contra a doença em várias capitais, dentre elas Goiânia. Além da Imunização, na ocasião também tivemos como finalidade esclarecer ao público questões que envolviam a temática, por meio da educação popular e de consultas de enfermagem. RESULTADOS: Várias pessoas, incluindo docentes, discentes, técnicos administrativos e população próxima à UFG compareceram ao CS para a vacinação, sendo vacinado um total de 3506 indivíduos. Verificou-se que a grande maioria não apresentou o cartão de vacinas, fato comumente observado na população em geral, necessitando de estratégias de sensibilização da importância de possuir o cartão de vacinas; o padrão ouro para avaliar a situação vacinal, segundo a Organização Mundial de Saúde. Nesses casos, foi realizada a vacinação e oferecido outro cartão de vacinas com os apazamentos de outras vacinas seguindo as orientações do Programa Nacional de Imunização para o adulto e orientações no sentido de contribuir para a conscientização de que o cartão trata-se de um documento, sendo solicitado em caso de viagens para outros estados e países. Os discentes que se interessavam em conhecer e/ou realizar atividades extracurriculares não se atentavam antes para a necessidade do cartão de vacinas. Alguns apresentavam esquema de vacinação contra FA completo, alegando que desejavam administrar outra dose por receio de adquirir a doença como lhe foi orientado nos serviços de saúde e na mídia. Nesses casos, foi indispensável orientação sobre os possíveis efeitos adversos provenientes da vacinação indevidamente administrada. Cabe destacar o papel da mídia, em especial a televisiva, na orientação da população e a necessidade de que as informações divulgadas sejam oficialmente avaliadas por expertise na temática, para minimizar os vieses de interpretações dos dados científicos. Casos de alarme gerado na população mediado pela divulgação da mídia, decorrente comunicação pouco cuidadosa, alarmista já foi relatado por vários estudos, favorecendo uma corrida explosiva na busca da vacina aos postos de vacinação. Ainda, percebeu-se um déficit de conhecimento em relação a febre amarela e seus hospedeiros, sendo imperativo explicar à população que não havia evidências da circulação do vírus da FA no município de Goiânia entre humanos e que os macacos não transmitem a doença. Foi de suma



importância elucidar a população quanto ao ciclo de transmissão da infecção e reforçar as medidas de controle dos focos do *Aedes Aegypti*, responsável pela transmissão de outras doenças como a Zika e a Dengue. Surpreendentemente, a totalidade sabia das formas de prevenção do vetor, embora reportassem não aderirem a todas as formas preventivas. **CONCLUSÃO:** Percebe-se que a população necessita de ações de educação em saúde, que inclui esclarecimentos acerca da vacinação contra febre amarela e o ciclo da doença. A dificuldade do cidadão leigo tange toda a temática, situação que fica mais agravada quando os meios de comunicação repassam informações de forma irresponsável. Ainda, é imperativo estratégias de conscientização sobre a boa prática do cartão de vacinas na promoção de cuidados mais seguros. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** O estudo contribui no sentido de apontar a necessidade de um amplo processo de reflexão por parte dos sujeitos envolvidos, principalmente enfermeiros e gestores das unidades de saúde que precisam planejar e realizar ações de educação popular em saúde voltada para a febre amarela, e não somente realizar a vacinação de forma assistencialista. Por se tratar de uma arbovirose que se adquire no meio de florestas, espera-se que a Universidade Federal de Goiás, enquanto instituição formadora localizada em área com mata, discuta em seus cursos a doença e a importância da vacinação, inclusive com um programa de imunização no centro de saúde local. Certamente, a consulta de enfermagem contribuiu com a disseminação de informação de qualidade em saúde, evitando os impactos do sensacionalismo e a propagação de boatos, comumente reportados pela população alvo da atividade. Acredita-se que os dados aqui suscitados contribuam para o investimento em estratégias de vacinação, para que futuramente tenha uma redução dos casos dessas doenças e de doses excessivas, com conseqüente diminuição de gastos para o SUS. Enfim, é importante ressaltar a necessidade de melhorar o controle vetorial nas áreas infestadas com *Aedes aegypti*, já que somente essa espécie no Brasil está, até o momento, associada à transmissão de três arboviroses, dengue, Chikungunya e Zika e, também, o enorme desafio da vigilância epidemiológica



em reconhecer precocemente as novas áreas com transmissão para minimizar o impacto dessas doenças na população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] World Health Organization. Yellow fever, key facts. Geneva; 2016. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs100/en/.

[2] da Costa Vasconcelos PF. Febre Amarela. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2003. Available from: www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n2/a12v36n2.

[3] Caderno de educação popular e saúde. Série b. Textos básicos de saúde. Brasília (DF). 2007. Available from: www.bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf.

ENFERMAGEM VASCULAR: INTERVENÇÕES NA PREVENÇÃO TROMBOEMBOLISMO VENOSO

Milara BARP

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

milarabarp@hotmail.com

Viviane Santos Mendes CARNEIRO

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

vsm.mendes@gmail.com

Kelle VanessaAlvares AMARAL

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

kellealvares@gmail.com

Valéria PAGOTTO



Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

valeriapagotto@gmail.com

Suelen Gomes MALAQUIAS

Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

sgmalaquias@gmail.com

INTRODUÇÃO: O TEV (tromboembolismo venoso) é manifestado pela trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP), situações clínicas que podem ser rapidamente fatais ou propiciar incapacidades ou invalidez, as quais provocam alto impacto socioeconômico e à saúde de forma integral. Estima-se que 60% dos casos do TEV ocorram durante ou após a hospitalização, tornando-se uma das principais causas de óbito hospitalar evitável¹. O enfermeiro é o profissional de saúde que está por mais tempo próximo ao paciente em processo de hospitalização, sendo fundamental para definir e implementar intervenções para prevenção do TEV². O uso de taxonomias contribui para a organização da assistência de enfermagem, possibilitando a padronização da linguagem e identificação das atividades da profissão.

OBJETIVO: Comparar as intervenções de enfermagem na prevenção do Tromboembolismo Venoso (TEV), em pacientes hospitalizados descritas na literatura, com as intervenções propostas no referencial de Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC)³.

METODOLOGIA: Primeiramente realizou-se a revisão integrativa da literatura, foram utilizadas as etapas metodológicas propostas por Mendes, Silveira e Galvão⁴ e, recomendações previstas no PRISMA *Statement*⁵. A busca dos artigos foi realizada nas seguintes bibliotecas: Biblioteca Virtual em Saúde e Public/PublishMedline (PUBMED). Utilizou-se o cruzamento dos termos “cuidados de enfermagem” AND “prevenção” AND “tromboembolismo venoso” para localização dos estudos. Os critérios de inclusão foram estudos em inglês, espanhol e português, publicados entre 2006-2016 e, que apresentassem ações de Enfermagem na prevenção do TEV nos pacientes hospitalizados.



Após a análise a amostra foi composta por sete artigos. Logo após, as ações de enfermagem levantadas pelo estudo foram confrontadas com as intervenções da NIC para o tema investigado, por meio da análise de conteúdo.

RESULTADOS: Quando realizou-se a comparação entre as intervenções levantadas pelo estudo com as sugeridas mediante o referencial de Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC)³, observou-se que à prática de exercícios de amplitude de movimento, mobilização precoce dos indivíduos, posicionamento dos MMII e terapia compressiva foram reforçadas. No entanto, não há menção sobre o ensino ao paciente sobre TEV, avaliação do risco de TEV e, uso da eletroestimulação entre as intervenções relacionadas ao diagnóstico de enfermagem perfusão tissular periférica ineficaz.

CONCLUSÃO: A utilização de taxonomias de intervenção não esgota à prática clínica do enfermeiro, mas reforça a necessidade de busca de recomendações baseadas em evidências para uma assistência adequada.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A divulgação e a incorporação desses cuidados na prática clínica podem auxiliar na elaboração de planos de cuidado adequados ao paciente hospitalizado.

REFERÊNCIAS

- 1- Steering committee for world thrombosis day. Thrombosis: a major contributor to the global disease burden. *J ThrombHaemost.* 2014; 24(11): 1580–90.
- 2- Lee JA, Grochow D, Drake, Johnson L, Reed P, Servellen G. Evaluation of hospital nurses' perceived knowledge and practices of venous thromboembolism assessment and prevention. *J VascNursing.* 2014; 32(1): 18–24.
- 3- Mendes KDS, Silveira RCC, Galvao CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *TextoContextoEnferm.* 2008; 17(4): 758-64.
- 4- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097.
- 5- McCloskey JC, Bulechek GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem, 3ªed (Artmed). Porto Alegre, 2004.



DOR EM PESSOAS COM ÚLCERAS VASCULARES ANTES DA REALIZAÇÃO DO CURATIVO

Cynthia Assis de Barros NUNES

Doutoranda na Universidade Federal de Goiás/Faculdade de Enfermagem.

E-mail: cynthiaassisdebarros@yahoo.com.br

Denise Pinheiro Marques Alves dos SANTOS

Doutoranda na Universidade Federal de Goiás/Faculdade de Enfermagem.

E-mail: enfermeiradenise@live.com

Fabrcia Nayara Oliveira LIMEIRA

Mestranda na Universidade Federal de Goiás/ Faculdade de Medicina/Ciências da Saúde. E-mail: fabriciaenf2010@hotmail.com

Aline Antonelli MEIRA

Mestranda na Universidade Federal de Goiás/Faculdade de Enfermagem.

E-mail: alineantonelli@hotmail.com

Paulla Guimarães MELO

Doutoranda na Universidade Federal de Goiás/Faculdade de Medicina/Ciências da Saúde. E-mail: paulla04@gmail.com

Geovanka Sousa PAIXÃO

Enfermeira. E-mail: geovanka.paixao@hotmail.com.

Maria Márcia BACHION

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Professor Titular, Bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPq. E-mail:

mbachion@gmail.com.

Introdução: As úlceras venosas apresentam recidivas, provocam dor, alteração do humor, prejuízo no sono, dificuldade para deambular, e afetam negativamente a qualidade de vida das pessoas¹. A prevalência de dor em pessoas com esse agravo pode alcançar cifras maiores que 80%², e sua intensidade pode ser variável¹. Cabe ao enfermeiro e equipe realizar os curativos, avaliar e mensurar a dor antes e durante a realização do curativo,



uma vez que essa avaliação, que deve ser sistemática e padronizada, pode contribuir na determinação das coberturas e terapias analgésicas que serão escolhidas¹. Logo, é necessário realizar a avaliação da dor mediante instrumentos multidimensionais para que se possa compreender melhor esse fenômeno e planejar seu manejo adequado. Objetivos: Descrever prevalência, intensidade e os qualificadores da dor antes da realização do curativo. Descrição metodológica: Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado na sala de curativos de uma unidade secundária de atenção à saúde da secretaria municipal de saúde de Goiânia. Os dados foram coletados no período de junho de 2016 a fevereiro de 2017. Foram utilizados para a coleta de dados instrumentos estruturados e a técnica de entrevista. A amostra do estudo foi constituída de pessoas com úlcera venosa, que tinham mais de 18 anos, que obtiveram pontuação compatível com a normalidade no Mini Exame do Estado Mental considerando-se a escolaridade, Índice Tornozelo Braquial (ITB) de 0,8 a 1,3 e exame físico indicando apenas comprometimento da circulação venosa. Foram excluídos do estudo pessoas com hepatopatias, com nefropatias, os que apresentaram sinais de comprometimento arterial no exame físico, ITB < 0,8 ou >1,3, ou presença de claudicação intermitente ao deambular 250 metros ou menos e que desaparecia ao repouso. As variáveis de interesse foram: sexo, idade, estado civil, ocupação atual, renda per capita, escolaridade, presença de comorbidades, tempo de duração das lesões, tamanho das lesões e dor antes do curativo. Para a verificação da dor foi perguntado aos participantes, antes da realização do curativo, se os mesmos apresentavam dor e a intensidade desta, de acordo com a escala numérica de dor³, e os qualificadores, por meio da versão curta para a avaliação da dor, adaptada do Questionário de McGill⁴. A dor foi estudada em relação à sua ocorrência, intensidade e os qualificadores utilizados para descrevê-la. Os dados foram analisados no programa STATA/SE (versão 8.0) por meio de estatística descritiva, utilizando-se frequência simples, percentual, médias, desvio padrão, intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Trata-se de um recorte da linha de base do projeto matriz “Efetividade de tecnologias interdisciplinares e multidimensionais na



cicatrização de úlceras venosas, dor nas pernas e auto avaliação de saúde e qualidade de vida dos usuários num período de seis meses de seguimento na atenção primária”, o qual obteve para sua realização aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo 797.280/2014). Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, anteriormente à coleta dos dados. Esta pesquisa recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG). Resultados: Participaram do estudo 32 pacientes com úlcera venosa, 50% do sexo feminino. A idade variou de 29 a 86 anos, com média de $58,87 \pm 2,52$ anos (IC 95%: 53,72 – 64,02). Em relação ao estado civil, 50% dos participantes apresentam companheiro(a). Quanto à ocupação, 81,25% não trabalhavam no momento da entrevista. Esse achado assemelha-se a de estudo realizado com pessoas com úlceras venosas, que identificou que a maior parte (93,4%) não desenvolvia atividades laborais, por estarem afastados do trabalho ou serem aposentados. Os autores destacam que essas feridas provocam sofrimento prolongado, gerando prejuízos à saúde mental, e na capacidade de realizar trabalho e atividades físicas¹. Os participantes apresentaram renda percapita média de R\$ $843,79 \pm 97,39$ (IC 95%: 644,29 – 1043,29). A média de anos de estudos foi de $5,69 \pm 0,74$ anos (IC 95%: 4,17 – 7,21). Quanto às comorbidades, 25% são diabéticos e 40,63% hipertensos. Frequência semelhante de condições crônicas foi encontrada em estudo¹, o que aponta para a tendência do paciente com lesões venosas terem outras condições de saúde associadas que não somente a insuficiência venosa. A maior parte apresentava lesão menor que 20 cm^2 (65,63%), com tempo de duração de $35,84 \pm 9,46$ meses (IC 95%: 16,55 – 55,13). Estudo identificou que nem sempre o tamanho das úlceras tem relação com a dor, uma vez que feridas menores podem provocar dor intensa, sobretudo em algumas situações como a presença de infecção ou lesão de estruturas nervosas¹. Antes do curativo, 28,13% dos pacientes relataram sentir dor, com média de intensidade de 5,55 (Escala Numérica de Dor). Esses achados evidenciam a necessidade de se avaliar a pessoa com úlcera venosa antes da realização do curativo, uma vez que, segundo estudo realizado, a intensidade da dor antes



do curativo pode ter influência na dor sentida durante a realização do curativo¹. Quanto à intensidade e qualidade da dor segundo a escala de Dor de McGill, foi referida pela maioria como uma dor desconfortante (12,50%), sendo os qualificadores mais referidos, os seguintes: dor dolorida moderada (18,75%); dor cansativa/exaustiva moderada (18,75%), ou dor dolorida à palpação moderada (15,63%); outros qualificadores de maior ocorrência foram: dor em fisgada; em fincada; cruel/punitiva, cortante, pressionante, em queimação. Em pessoas com úlceras de perna que apresentam insuficiência venosa crônica e úlceras venosas, as dores podem ser imprecisas, como uma sensação de peso, aumentando durante o dia e com o membro pendido durante tempo prolongado⁵. Conclusão: Os pacientes com úlceras venosas apresentaram ocorrência expressiva de dor. Neste estudo verificamos a prevalência de 28,13% de dor antes da realização do curativo, de intensidade moderada, apresentando-se geralmente como cansativa ou dolorida. Contribuições/implicações para a Enfermagem: Avaliar a dor de pessoas com úlceras venosas antes da realização do curativo compete à equipe de enfermagem, sendo importante uma vez que esse sintoma pode ser agravado durante o curativo. Compreender os qualificadores da dor pode indicar para a enfermagem as possíveis complicações, como por exemplo, a ocorrência de infecções e aspectos emocionais envolvidos. Desta forma, em conjunto com outros profissionais da saúde, a enfermagem poderá implementar medidas para o alívio e gestão da dor.

Referências

1. Oliveira PFT, Tatagiba SF, Martins MA, Tipple AFV, Pereira LV. Avaliação da dor durante a troca de curativo de úlceras de perna. Florianópolis: Texto Contexto Enfermagem. 2012;21(4):862-9.
2. Salvetti MG, Costa IKF, Dantas DV, Freitas CCS, Vasconcelos QLDAQ, Torres GV. Prevalência de dor e fatores associados em pacientes com úlcera venosa. Revista Dor. 2014;15(1):17-20.
3. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The Measurement of Clinical Pain Intensity: a Comparison of Six Methods. Pain. 1986;27(1):117-126.



4. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 1996;30(3):473-83.
5. O'Donnell Jr TF, Passman MA, Marston WA, Ennis WJ, Dalsing M, Kistner RL, et al. Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. Journal Of Vascular Surgery. 2014;60(2S):3S-59S.

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA NO ESTADO DE GOIÁS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores: Nathalya da Silva LOURO¹, Amanda Santos Fernandes Coelho², Marília Cordeiro de SOUSA³, Abadia Rosa Canguçu SOUSA⁴, Juliana das Dores FERREIRA⁵, Lara Thaianne Souza PEREIRA⁶, Janaina Valadares GUIMARAES⁷.

1. Enfermeira, Residente do Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica da SES-GO/HMI, e-mail: nathalyas@gmail.com ;
2. Enfermeira Neonatologista, Coordenadora do Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica da SES-GO/HMI, e-mail: amandasantosp@yahoo.com.br;
3. Enfermeira Neonatologista, Mestre em Enfermagem, e-mail: maacsousa@hotmail.com;
4. Técnica de Enfermagem do Hospital Materno Infantil, e-mail: rosacangucusousa@yahoo.com.br;
5. Enfermeira, Residente do Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica da SES-GO/HMI, e-mail: julianaddferreira@hotmail.com ;
6. Enfermeira, Residente do Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica da SES-GO/HMI, e-mail: biomedlara@gmail.com;
7. Enfermeira, Doutora em Enfermagem e Docente da UFG, e-mail: valadaresjanaina@gmail.com.



INTRODUÇÃO: As elevadas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, no Brasil, são responsáveis por uma crise na assistência obstétrica, haja vista que o sistema financeiro e social estão sobrecarregados. Nesse contexto, a questão da capacitação de profissionais de saúde para a assistência ao parto e nascimento tem sido objeto de estudo e debates ao redor do mundo, na proposição de alternativas e envolvimento de várias categorias profissionais, dentre os quais destacam-se enfermeiras, obstetras, médicos, educadores, sociedade civil, usuários, consumidores de serviços de saúde e formuladores de políticas públicas sociais (OSAVA, 1997). Nesse sentido, desde 1999 o Ministério da Saúde (MS), mediante convênio com instituições de ensino e secretarias de todo o País, vem financiando cursos de especialização em enfermagem obstétrica, com foco na assistência pré-natal e parto (RIESCO; TSUNECHIRO; BONADIO, 2000). A implantação dos Programas de Residência contribuem para a formação de recursos humanos, por meio de diretrizes propostas pela rede cegonha, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada a mulher, a criança e família, bem como a contribuição para a redução da morbimortalidade materna e neonatal. **OBJETIVOS:** Relatar a experiência da implantação do Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica em uma Maternidade Pública no Estado de Goiás. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, na modalidade relato de experiência, a partir da implantação do Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica em uma Maternidade Pública no Estado de Goiás no ano de 2015. **DESCRIÇÃO:** A implantação do Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica aconteceu no ano de 2015 após aprovação e autorização do projeto pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/SUS), com posterior submissão e aprovação do Ministério da Educação e do MS. Este tem como público-alvo, profissionais graduados em Enfermagem, oferecendo anualmente quatro vagas, com duração de 24 meses perfazendo uma carga horária total de 5760 horas, cujas 20% são direcionadas para teoria e as outras 80% para prática clínica. O diploma é expedido por uma instituição de ensino superior. O ingresso neste é através de processo seletivo que está a cargo da SES/SUS que elabora o certame com o centro de seleção de uma outra Instituição de Ensino Superior.



O programa incorporou às práticas assistenciais medidas não farmacológicas de alívio da dor (uso da bola suíça, deambulação, banho morno, massagens, agachamento, musicoterapia, penumbra e exercícios respiratórios), posição vertical do parto com uso de banqueta, acompanhamento contínuo do enfermeiro, participação do acompanhante no trabalho de parto, leitos privados à parturiente. **CONCLUSÃO:** O Programa foi um divisor de águas para assistência da enfermagem obstétrica, pois incentivou a busca científica e formação específica dos colaboradores do corpo de enfermeiros, refletindo assim em uma equipe mais especializada na área obstétrica, quebrou paradigmas em relação a atuação competente e responsável da enfermagem, e tem como maior legado a humanização da assistência.

PALAVRAS-CHAVES: enfermagem obstétrica, residência, educação em saúde.

REFERENCIAS:

OSAVA, Ruth Hitomi. *Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico*. 1997. Tese

(Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

RIESCO, Maria Luiza G.; TSUNECHIRO, Maria Alice; BONADIO, Isabel Cristina. “Obstetrix e enfermeira obstétrica: revendo sua formação”. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2000, 3(2), p. 212-6.

A UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO NO ENSINO DA GESTÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nilvani Coelho da CONCEIÇÃO – , Wanessa Aline de LIMA, \c, Kenia Alessandra de Araujo CELESTINO, Sílvia Rosa TOLEDO, Sergiane Bisinoto ALVES, Adenícia Custódia Silva e SOUZA

Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Email: nilvanicabral@hotmail.com



Introdução: Os resíduos de serviços de saúde (RSS) são aqueles produzidos em todos os estabelecimentos relacionados ao atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os de assistência domiciliar^(1,2). Estes resíduos podem conter agentes biológicos, químicos ou radioativos e por isso, se mal gerenciados, representam riscos à saúde humana e ao meio ambiente. A fim de reduzir os riscos inerentes aos RSS, todos os estabelecimentos de saúde devem realizar o adequado gerenciamento, com foco nas etapas de segregação, acondicionamento, coleta, tratamento, transporte e destinação final. Estas etapas devem estar descritas no plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS) e todos os profissionais atuantes na instituição precisam estar devidamente capacitados para executá-lo. Apesar dos riscos inerentes, ainda observam-se sérios problemas na gestão de RSS em unidades de saúde da atenção primária^(3,4). Os problemas encontrados na gestão dos resíduos estão relacionados à Infraestrutura para o seu manejo e, especialmente à falta de capacitação dos profissionais que, em sua maioria, não teve formação para tal. Consideramos que a formação de novos profissionais e a educação permanente para o desenvolvimento de competência para o manejo dos resíduos deve ser feita pela utilização de metodologias ativas⁽⁵⁾. Essa abordagem estimula a reflexão, ação e transformação da realidade e pode contribuir para a gestão adequada dos resíduos, tanto localmente para o serviço de saúde, quanto para a formação dos acadêmicos, futuros profissionais. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem sobre a utilização da metodologia da problematização na aprendizagem para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde na atenção primária. **Método:** Trata-se de um relato de experiência realizado em uma unidade de saúde da atenção primária em Goiânia, no mês de abril de 2017, durante a prática clínica dos acadêmicos de enfermagem do 7º ciclo, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás na disciplina “Programas”. Visando contribuir para o planejamento e gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde na unidade e desenvolver a competência dos acadêmicos nessa temática foi proposto uma abordagem pela metodologia da problematização⁽⁵⁾. O processo de ensino e aprendizagem foi



desenvolvido em cinco etapas: 1) Observação da realidade; 2) Levantamento dos pontos-chave; 3) Teorização; 4) Hipóteses de Solução e 5) Aplicação à realidade. Os acadêmicos participaram de todas as etapas sob a orientação do professor e os profissionais do serviço vão participar da 5ª etapa- aplicação à realidade. A observação da realidade do manejo dos resíduos foi realizada num período de 30 horas e subsidiou a 2ª etapa que foi realizada com todo o grupo. A 3ª etapa representou o momento de dispersão onde cada um fez buscas na literatura e leituras para responder aos objetivos de aprendizagem definidos na etapa anterior. A 4ª etapa foi realizada em grupo e representou o momento de socialização do apreendido e por meio das discussões o grupo sintetizou e construiu um conhecimento que os permitiu elaborar soluções a serem aplicadas nessa realidade. A aplicação à realidade- 5ª etapa envolverá a participação dos trabalhadores e gestores da Unidade. **Resultados:** Durante a prática clínica, os acadêmicos observaram a realidade do manejo dos resíduos, incluindo estrutura física e processos de trabalho. Entre os pontos-chave levantados, destacaram-se: ausência do PGRSS na Unidade; localização inadequada dos recipientes para descarte de resíduos de serviços de saúde – comuns, infectantes e perfurocortantes; segregação inadequada dos resíduos; deficiência na utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs); não cumprimento da Norma Regulamentadora 32 (NR 32). Os pontos-chaves determinaram os objetivos de aprendizagem e os estudantes buscaram artigos científicos atualizados e legislações específicas para responderem e discutirem as questões levantadas. Após a etapa de teorização elencaram algumas hipóteses de solução: elaborar um protocolo para o gerenciamento de RSS da instituição para discussão com todos os trabalhadores e gestores da unidade; realizar uma roda de conversa com a participação de todos os trabalhadores da Unidade para sensibilizá-los sobre a importância do adequado manejo dos RSS, as cargas ocupacionais a que estão expostos, com enfoque sobre a utilização correta dos EPIs. Considerando a realidade observada, as evidências científicas e as recomendações da ANVISA⁽¹⁾ para o gerenciamento dos resíduos em serviços de saúde os acadêmicos elaboraram um protocolo para o gerenciamento dos RSS. Esse protocolo será amplamente discutido com os



profissionais da Unidade e depois apresentado aos gestores obtendo a sua aprovação e, também determinarão a melhor localização de cada recipiente de resíduo. Nesse processo os acadêmicos construíram conhecimento, adquiriram habilidades técnicas e de relacionamento e articulação com os trabalhadores e gestores o que culminou com atitudes proativas para a transformação da realidade observada. **Conclusão:** Essa abordagem de ensino e aprendizagem proporcionou a sensibilização dos acadêmicos, da gestão e dos trabalhadores da Unidade quanto à importância social, econômica e de saúde pública relacionada ao manejo adequado dos RSS, especialmente da etapa da segregação. A participação e envolvimento dos acadêmicos em todas as etapas levou a construção de conhecimentos que mobilizou ações efetivas em relação ao manejo dos resíduos de serviços de saúde na Unidade e com certeza desenvolveram competências relacionadas a essa temática. **Contribuições e implicações para a enfermagem:** A enfermagem se destaca no contexto do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, por ser o maior número de profissionais nas instituições e realizar cuidados que geram resíduos; por serem agentes de transformação da realidade, muitas vezes responsáveis pela educação continuada da equipe de enfermagem, bem como de outras categorias profissionais; por assumir gestão e supervisão dos serviços e principalmente pela formação e atuação integral.

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento técnico para o gerenciamento de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. CONAMA - Conselho Nacional do Meio Ambiente (BR). Resolução nº 5, de 5 de agosto de 1993. Dispõe sobre o gerenciamento de resíduos sólidos gerados nos portos, aeroportos, terminais ferroviários e rodoviários e estabelecimentos prestadores de serviços de saúde. Diário Oficial da União. 1993 ago 31; (166 Seção 1): 12996-8.



3. ALVES SB, SOUSA ACSE, TIPPLE AFV, Rezende KCAD. The reality of waste management in primary health care units in Brazil. Waste Management and Research. Sage. 2014 jul; 32(9): p. 40.
4. PEREIRA MS, ALVES SB, SOUZA ACSE, TIPPLE AFV, REZENDE FRD, RODRIGUES ÉG. Waste management in non-hospital emergency units. Revista Latino-Americana de Enfermagem (USP. Ribeirão Preto. Impresso). 2013 jan/fev; 21: p. 259-266.
5. BERBEL N. Metodologia da Poblematização: uma alterntiva mtodológica apropriada para o ensino superior. Ci.Soc./Hum. 1995 out; 16(especial): p. 9-19.

IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UM CENTRO EDUCACIONAL INFANTIL DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GO

Angellita Barbosa de Carvalho ARAÚJO¹; Brunna Beatryz Alves CHAGAS²
Damiana Aparecida de C. MOREIRA³ Evanilda de Souza CORREIA⁴; Joyce Nunes CABRAL⁵; Silvia Rosa de Souza Toledo⁶; Vanusa Claudete Anastácio Usier Leite⁷

1. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. angellitacarvalho@hotmail.com
2. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. bbeatrizac@hotmail.com
3. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. damianaparecida@gmail.com
4. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. evanilda.s.c@outlook.com
5. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. joycecabral@outlook.com
6. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. silviarosatoledo@gmail.com
7. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. vanusaclaudete@gmail.com

INTRODUÇÃO: Creches são instituições que permitem a socialização de crianças, proporcionam educação, alimentação, cuidados de higiene e assistenciais. Entretanto, estes locais também propiciam maior risco de transmissão de agentes infecciosos as crianças, funcionários e comunidade¹. A disseminação de patógenos pode ocorrer por contato direto, por meio das mãos, objetos, água e alimentos contaminados. Outros fatores de risco que predispõem a ocorrência de doenças transmissíveis estão relacionados à



imunidade baixa ou imatura, hábitos de higiene inadequados, contato interpessoal muito próximo^{1,2}. Tais situações podem desencadear infecções que prejudicam a qualidade de vida, crescimento e desenvolvimento das crianças. Nesse sentido são necessárias medidas preventivas que reduzam a contaminação por microrganismos patogênicos, destacando-se a higienização das mãos com água e sabão³. Esta medida começou a ser utilizada a partir do século XIX, em virtude dos estudos realizados por Ignaz Philip Semmelweis que instituiu como obrigatório a higienização das mãos nos serviços hospitalares. Além disso, Florence Nightingale colaborou com o desenvolvimento de práticas de higiene pessoal e medidas assépticas, durante a Guerra da Crimeia, para prevenir e conter microrganismos patogênicos⁴. A fim de regulamentar a prática da higienização das mãos como essencial em todas as instâncias relacionadas a promoção da saúde da população, o Ministério da Saúde juntamente com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou protocolos acerca desta temática. O mais recente é o protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde, de 2013, que aborda técnicas necessárias para a higienização correta das mãos⁵. **OBJETIVO:** Relatar a contribuição das estudantes por meio de medidas de promoção da saúde, sobre a higienização das mãos de crianças e servidores de um Centro Educacional do município de Goiânia-GO. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de relato de experiência vivenciado por acadêmicas do IV Ciclo do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) em uma unidade de educação infantil do município de Goiânia, ocorrido em abril de 2017. A vivência foi desencadeada por meio de metodologia ativa de ensino e pelo exercício da práxis, estimulada na Unidade de Promoção da Saúde II. Diante do cenário de prática, os estudantes optaram por realizar atividade educativa em saúde sobre a importância da higienização das mãos para a comunidade usuária do centro educacional infantil. A atividade envolveu diretamente os professores do centro educacional, e foi acompanhada por docentes da PUC-GO. Utilizou-se Data Show para a exposição do assunto e materiais como purpurina, luvas de látex e tinta guache para a realização das dinâmicas. **RESULTADOS:** Foi realizada breve contextualização teórica da



temática e de atividades interativas. Ao iniciar a atividade, as estudantes fizeram uma dinâmica para demonstrar como ocorre a disseminação de microrganismos patogênicos, aplicando purpurina em suas mãos e cumprimentando as pessoas presentes. Ao término, explicaram o intuito da atividade e sua relação com a temática. Durante a apresentação destacou-se a história da higienização das mãos e sua importância nos Centros Educacionais para prevenir doenças que acometem as crianças e como a transmissão destas podem ser reduzidas quando se executa a higienização das mãos de maneira adequada. Enfatizou-se o papel do educador para o ensino e estímulo das crianças na aprendizagem de hábitos saudáveis. Foi realizada uma dinâmica sobre a execução da técnica de higienização das mãos, conforme recomendações do Ministério da Saúde⁵. Esta dinâmica teve como finalidade, observar o conhecimento dos trabalhadores acerca do procedimento. Na atividade, dois professores se disponibilizaram a participarem das duas etapas. O primeiro voluntário foi instruído a demonstrar como realizava a higienização das mãos no seu dia-a-dia. Posteriormente foi identificado que suas mãos continham locais que não haviam sido lavados de maneira adequada. Já o segundo, higienizou as mãos de acordo com a explicação ministrada pelas estudantes, segundo recomenda o Protocolo de Higienização das Mãos⁵. Com isso, notaram-se a diferença ao desempenhar a técnica de forma adequada. Foi observado que os docentes não detinham conhecimento sobre a técnica de higienização das mãos e da necessidade desta antes e após o uso das luvas. Relataram que não realizavam frequentemente a higienização das mãos em diversos momentos na instituição e também se verificou a ausência de projetos sobre a temática para o desencadeamento de atividades de ensino-aprendizagem com as crianças. Os servidores participaram de maneira prestativa tanto na demonstração da técnica quanto por meio de questionamentos. A exposição da temática e as orientações possibilitaram que os educadores compreendessem a importância de adotar o método de higienização das mãos para a prevenção de doenças no ambiente de trabalho e também que despertasse nestes o estímulo para desenvolvimento de atividades de promoção à saúde das crianças, funcionários e comunidade



vinculada a instituição. **CONCLUSÃO:** Observou-se que a presença do enfermeiro em Centros Educacionais Infantis é essencial para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, pois ficou claro nessa experiência que a maioria dos professores tinham conhecimento restrito sobre medidas simples para prevenção e controle de doenças, como por exemplo a higienização das mãos. O estudo evidenciou que a atividade apresentou o potencial de estimular os professores sobre a importância de refletirem acerca de seus hábitos, para que pudessem modificá-los a fim de desenvolverem atividades educacionais com os alunos. **CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A presença do enfermeiro nos Centros Educacionais é extremamente importante para desenvolvimento de ações que visam uma melhor atenção à saúde das crianças. Estas podem ser fundamentais na Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), na qual permite identificar riscos e realizar diagnósticos de saúde das crianças e servidores, planejar e executar ações nas instituições, supervisionar, monitorar e avaliar os serviços prestados à população infantil. Nesse contexto o enfermeiro constitui-se como profissional essencial na equipe de saúde e como sujeito indispensável na realização de atividades de promoção e educação em saúde, atuando como agente transformador de realidades que interferem diretamente na qualidade de vida e saúde de indivíduos e coletividades. Assim, o estudo evidenciou que a formação acadêmica voltada para ampliação crítica reflexiva dos estudantes sobre diferentes campos de prática e atuação profissional, pode proporcionar formação humanística, ética e comprometida com o impacto de resultados em saúde, o que implica substancialmente para o desenvolvimento de uma enfermagem cada vez mais qualificada no exercício da profissão.

REFERÊNCIAS:

- 1- Nesti MMM.; GoldbauL M. As creches e pré-escolas e as doenças transmissíveis. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.83, n.4, p. 289-312. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n4/v83n4a04.pdf>>. Acesso em:07 Mai 2017.



- 2- Faria ML; Wirch P. Creche, criança e saúde. Rev Mineira de Enfermagem, Minas Gerais, v. 18, n. 1, p. 142-146. 2014. Disponível em:< <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/914>>.DOI:10.5935/1415-2762.2014001 1. Acesso em: 07 Mai 2017.
- 3- Baraldi, MM; Padoveze MC. Higienização das Mãos: a evolução e o atual “Estado da Arte”. Journal of Infection Control, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 31- 32. 2015. Disponível em:<<http://jic.abih.net.br/index.php/jic/article/view/114/pdf>>. Acesso em: 28 Abr 2017.
- 4- Santos AS; Nascimento BR; Sousa CCS. A descoberta de Semmelweis. Revista de Saúde da Fiaciplac, Brasília, v. 3, n. 1, p. 1- 2. 2016. Disponível em:<<http://revista.fiaciplac.edu.br/index.php/RSF/article/view/184/76>>. Acesso em: 13 Abr 2017.
- 5- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fiocruz. Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. In: Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente, 2013. Disponível em: <http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_higiene_das_maos.pdf>. Acesso em: 07 Mai 2017.

TÍTULO: A IMPORTÂNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA A MANUTENÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE.

AUTORES: Lisa Wilhelms SANTOS¹; Ricardo Araújo COSTA²; Silvia Rosa de Souza TOLEDO³; Silvio José de QUEIROZ⁴; Vanusa Claudete Anastácio Usier LEITE⁵

CO- AUTORES: Eduarda Lorraine Faria SILVA⁶; Ricardo Ribamar da SILVA⁷

ORIENTADORES: Laidilce Telles ZATTA



- 8- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; lisaswilhelms@hotmail.com
- 9- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; ricardoaraujo101@hotmail.com
- 10- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; silviarosatoledo@gmail.com
- 11- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; silvio.resgate@gmail.com
- 12- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; vanusaclaudete@gmail.com
- 13- Pontifícia Universidade Católica de Goiás; eudardalorraine@gmail.com
- 14- Universidade Paulista; ricardoribamar@hotmail.com

INTRODUÇÃO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) trata-se de uma metodologia científica que tem por finalidade garantir ao paciente segurança, organização e qualidade na assistência de enfermagem. Além disso, a sua incorporação motiva a educação permanente, promovendo a autonomia e realização profissional¹. A SAE é regulamentada pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86, a qual refere o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem como uma das atividades privativas do enfermeiro e a Resolução COFEN-358/09 dispõe que a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem deve ser implementado em ambientes, públicos ou privados, em que ocorrem o cuidado profissional de Enfermagem^{2,3}.

OBJETIVOS. Apresentar os aspectos que reforçam a necessidade da presença da SAE nos Centros de Saúde da Família (CSF) e sua importância na manutenção da Segurança do Paciente.

METODOLOGIA. Relato de experiência realizado por uma dupla de acadêmicos do 2º e 5º ciclos de graduação do Curso de Enfermagem da PUC GO, como parte da vivência prática vinculada ao Projeto de Educação para o Trabalho no SUS – PET Saúde Gradua SUS. A experiência ocorreu a partir da inserção dos estudantes no Setor de Gestão em Saúde, especificamente em uma Unidade da Gerência de Atenção Primária de um município goiano no ano de 2016.

RESULTADOS: Os estudantes receberam um documento emitido por um órgão de classe, que apresentava a ausência da SAE em uma unidade básica de saúde. A partir desse fato, procedeu-se o estudo descritivo sobre a importância da implementação da SAE para a qualidade do cuidado e



manutenção da segurança do paciente. **CONCLUSÃO:** O estudo evidenciou a significância da implementação da SAE na APS uma vez que, sua aplicação possibilita que as funções privativas do enfermeiro sejam desenvolvidas com maior segurança, tornando menores os riscos aos usuários do serviço. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A instituição da SAE na APS colabora para a organização do trabalho do Enfermeiro, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem que orienta o cuidado e a prática profissional⁴. Além disso, possibilita o desenvolvimento da autonomia do profissional e contribui para a educação permanente do mesmo.

REFERÊNCIAS:

- 6- Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, 2010.
- 7- Presidência da República. Lei 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 03 Mai 2017.
- 8- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 03 Mai 2017.
- 9- Krauser, et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Básica: O Que Dizem os Enfermeiros?. Ciencia y Enfermería. 2015 vol 21 (2): p. 31-38. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370442674004>>. Acesso em: 12 nov 2016.



DISTRIBUIÇÃO DA INCIDÊNCIA DA LEPTOSPIROSE HUMANA NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL

Nathália Caetano Barbosa TEIXEIRA¹; Silvio José de QUEIROZ²; Maria Madalena Del Duqui LEMES³; Emilio Viana SANTANA⁴; Lisa Wilhelms SANTOS⁵; Ulisses Ferreira BARBOSA⁶; Jhonny Patrick Santos TEIXEIRA⁷

1. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. nathaliacaetano20062@gmail.com
2. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. silvio.resgate@gmail.com
3. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. mdelduqui@gmail.com
4. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. emiliosantana@outlook.pt
5. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. lisaswilhelms@hotmail.com
6. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. ulissesferr@hotmail.com
7. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. jhonnypatrick10@hotmail.com

Introdução: A leptospirose é uma patologia que tem como agente etiológico bactérias do gênero *Leptospira spp*, reservadas principalmente em ratos e também em outros animais. Esse agente patogênico é transmitido através do contato direto pela abrasão cutânea e de mucosa em meios contaminados pela urina dos animais infectados^{1,2}. É de grande relevância social, por se tratar de uma zoonose proveniente das condições insalubres de infraestrutura sanitária. Atualmente no Brasil, é considerada uma doença endêmica com seu pico de epidemia em estações chuvosas¹. Sabe-se que a sua de Leptospirose é maior em regiões que apresentam o clima tropical e, estima-se que 10 em cada 100.000 pessoas são afetadas anualmente³. **Objetivos:** Descrever a distribuição da incidência da leptospirose humana na região Sudeste do Brasil, no período de 2005-2015. **Descrição Metodológica:** Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, epidemiológico do tipo ecológico, realizado com dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e DATASUS no período de 2005 a 2015 na região Sudeste do Brasil. Foram utilizados o número de casos confirmados de leptospirose humana e densidade demográfica das Unidades Federativas (UF) da região Sudeste. Foram



excluídos os casos de cadastros de indivíduos não residentes na região do estudo e casos de duplicidade. Posteriormente, efetuou-se o cálculo da incidência com a constante 100.000, pelo programa Excel® 2010. Por se tratar de dados de domínio público, o estudo dispensa a apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Após a coleta do número de casos confirmados de leptospirose humana e a densidade demográfica de cada UF que compõe a região Sudeste, calculou-se a incidência de Minas Gerais, com 4,81 casos para cada 100.000 habitantes; Espírito Santo com 57,58 casos; Rio de Janeiro com 16,85 casos; e São Paulo com 19,86 casos. A incidência de leptospirose humana da região Sudeste é de 17,34 para cada 100.000 habitantes. **Conclusão:** O estudo contribuiu para conhecer a alta incidência da doença na região Sudeste, cujas características são as serras e pluviosidade elevada ao longo do ano, o que contribui para o aumento de eventos hidrológicos como as inundações e deslizamentos de terra, o que contribui para o aumento do número de casos de leptospirose humana agregado a outros fatores como, o crescimento populacional desordenado, especialmente em locais vulneráveis, infraestrutura sanitária inadequada e aglomeração de roedores. Assim, torna-se indispensável a revisão das políticas públicas em saúde, adequando-as à necessidade de cada região, especialmente em áreas de risco, por meio da busca de medidas de prevenção e/ou mitigação para esses desastres, bem como as consequências advindas dos mesmos. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** Pode-se inferir que a Enfermagem tem o papel fundamental no que concerne à promoção, prevenção e proteção da saúde em relação à leptospirose humana. Portanto, este é o mais apto a intervir junto às comunidades para realizar a educação em saúde, utilizando como base a Política Nacional de Promoção de Saúde, a fim de reduzir os impactos da doença aos grupos vulneráveis, e na promoção de ambientes saudáveis.

Referências

1. Fiocruz. Leptospirose. 2013. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/leptospirose-0> . Acesso em 08 mai 2017.



- World health organization. Leptospirosis. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/zoonoses/diseases/leptospirosis/en/>. Acesso em: 08 mai 2017.
- World health organization. Leptospirosis Burden Epidemiology Reference Group (LERG). 2013. Disponível em: <http://www.who.int/zoonoses/diseases/lerg/en/index2.html> .Acesso em 08 mai 2017.

REAÇÕES TRANSFUSIONAIS IMEDIATAS: ATUAÇÃO E CONHECIMENTO DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Viviane Santos Mendes CARNEIRO

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

vsm.mendes@gmail.com

Milara BARP

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

milarabarp@hotmail.com

Maria Alice COELHO

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

malice_coelho@hotmail.com

INTRODUÇÃO: As reações transfusionais imediatas são aquelas que acontecem durante ou em até 24 horas após a transfusão.¹ O Manual Técnico



Para Investigação das Reações Transfusionais Imediatas e Tardias Não Infecciosas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)¹ considera que o profissional de enfermagem está diretamente envolvido com os cuidados ao paciente que será submetido à transfusão sanguínea. Sendo assim, os profissionais de enfermagem exercem um papel fundamental na segurança do paciente e na detecção de sinais e sintomas de reações transfusionais.

OBJETIVO: Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre reações transfusionais imediatas e cuidados indicados diante desses casos.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem que compõem a equipe de enfermagem de um pronto socorro adulto de um Hospital Universitário da região Centro-Oeste do Brasil. Os dados foram coletados por meio de um questionário semi-estruturado com perguntas objetivas e subjetivas.

RESULTADOS: A amostra foi constituída por 29 participantes, divididos em enfermeiros (28%) e técnicos de enfermagem (72%). Segundo a Resolução COFEN nº 511/2016², é papel fundamental da equipe de enfermagem acompanhar o paciente durante a hemotransfusão, realizando suas atividades pertinentes.¹ A maior parte dos entrevistados (62%) se sentem preparada para realizar essa atividade. Os sinais e sintomas que podem ser apresentados pelos pacientes durante o desenvolvimento de uma reação transfusional imediata são diversos, existindo mais de 20.^{1,3,4,5} Quando questionados sobre esses sinais e sintomas, a média de respostas por participante foi de 3,89, demonstrando pouco conhecimento da equipe sobre o assunto. As principais respostas foram: febre (62,07%), seguida de prurido (44,83%) e tremor (37,93%). Sobre quais cuidados devem ser realizados diante de uma reação transfusional imediata, a resposta mais citada foi interromper a transfusão (93,10%), seguida de comunicar o médico (86,21%) e comunicar o banco de sangue (48,28%). Porém, segundo a ANVISA¹, outros cuidados devem ser realizados pela equipe: manter o acesso venoso permeável com solução fisiológica 0,9%; verificar, a beira do leito, a identificação do hemocomponente,



e conferir se houve erros ou troca; verificar os sinais vitais e observar o estado cardiorrespiratório; providenciar a punção de um segundo acesso venoso na suspeita de uma reação grave; registrar as ações no prontuário do paciente. Esses outros cuidados foram citados por menos de 20% da população entrevistada.

CONCLUSÃO: Apesar da confiança dos participantes em realizar tal atividade, os resultados da pesquisa demonstram pouco preparo da equipe. Os sinais e sintomas das reações transfusionais imediatas são pouco conhecidos, bem como os cuidados que devem ser realizados pela equipe diante desses casos.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: A realização desse trabalho pode trazer benefícios aos pacientes, à equipe de enfermagem e à instituição, através da detecção de déficits de conhecimento, possibilitando um trabalho que possa proporcionar a promoção do conhecimento, a fim de propiciar autonomia e fundamentação teórica para a tomada de decisão, reduzindo a variabilidade de ações de cuidado. Gerando então uma assistência mais segura aos pacientes durante a hemotransusão e durante o manejo de uma possível reação transfusional.

REFERÊNCIAS

- 1- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas. Brasília: ANVISA, 2007.
- 2- COFEN. Resolução COFEN nº 511/2016, de 31 de março de 2016. Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a atuação de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem em Hemoterapia. Brasília, 2016.
- 3- Hoffbrand AV, Moss PAH. Fundamentos em Hematologia. 6 ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. Capítulo 29, Transusão de Sangue; p. 398-412.
- 4- Sahu S, Hemlata, Verma A. Adverse events related to blood transfusion. Indian Journal of Anaesthesia. 2014[Citado em 2016 nov. 15];set/out; 58(5): 543–51. Disponível em: <http://www.ijaweb.org/text.asp?2014/58/5/543/144650>.
- 5- Souza GF, Nascimento ERP, Lazzari DD, Böes AA, lung W, Bertoncello KC. Boas práticas de enfermagem na unidade de terapia intensiva: cuidados durante e após a transfusão sanguínea. Rev Min Enferm.



2014[Citado em 2016 nov. 15];out; 18(4): 939-46. Disponível em:
<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/974>.

CONSIDERAÇÕES DOS PARTICIPANTES SOBRE UM WORKSHOP OFERECIDO COMO EDUCAÇÃO CONTINUADA

Maria Alves BARBOSA¹, Danielle Perdigão Oliveira e RIBEIRO¹, Marinésia Aparecida PRADO¹, Ludimila Cristina Souza SILVA¹, Fabrizio Martins Machado CARRIJO², Lorena Zenha ANDRADE³, Flávio Henrique Alves de Lima¹

¹ Universidade Federal de Goiás. E-mail: professoraludimilacs@gmail.com;
marinesiaprado@gmail.com; maria.malves@gmail.com;
daniperdigaooliveira@gmail.com; lucano945.fl@gmail.com

² Hospital das Clínicas – UFG. E-mail: fmmartinsmachadocarrijo@gmail.com.

³ Faculdade Alfredo Nasser. E-mail: enf.lorenazenha@gmail.com;

⁴ Faculdade Unida de Campinas. E-mail: polycamilo94@gmail.com

Introdução: A educação permanente trabalha de forma multiprofissional institucionalizada, com o objetivo de modificar práticas técnicas e sociais. A periodicidade é contínua, fundamenta-se na pedagogia centrada na resolução de problemas, podendo resultar na mudança institucional, apropriação ativa do saber científico e instrumentalização da equipe de trabalho para o fazer, em conformidade com os princípios de segurança no espaço laboral. A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia para a formação e desenvolvimento das práticas educativas, devendo ser tomada como um recurso inovador para a gestão do trabalho, entendendo que o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho¹. Na proposta da Educação Permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção terá que ser construída na prática concreta das equipes. A partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de



saúde – que são identificadas as necessidades de capacitação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas². Nesse contexto, a participação ativa dos sujeitos-trabalhadores em programas educativos, superando o paradigma da ideologia para a ação, é importante, tendo em vista que, atuando nas diferentes áreas da saúde, eles sejam capazes de se despertarem para a reflexividade e crítica, de modo a buscarem no processo de trabalho, oportunidades de discutir e aprimorar a prática do cuidar em saúde³. Torna-se necessário que os sujeitos-trabalhadores apreendam a educação permanente em saúde, como objetivo comum da equipe multidisciplinar para atuarem efetivamente, a partir dos princípios da integralidade, da interdisciplinaridade e, que, por conseguinte, tenham melhor qualidade de trabalho e de ações em saúde aos sujeitos cidadão. Ainda, é imprescindível que esta educação seja conduzida conforme a realidade das situações de trabalho, que seja desenvolvida coletivamente, de acordo com as necessidades sociais e ancorada nos preceitos da práxis transformadora³. Nessa vertente, a mensuração do nível de satisfação dos trabalhadores em relação às ações de educação em saúde, é relevante, alavanca subsídios para a reavaliação das propostas e atende de forma condizente as demandas dos trabalhadores. A crescente competitividade nas empresas, aliada a exigência de altos níveis de motivação, aumenta, cada vez mais, principalmente, porque colaboradores motivados, proporcionam melhores resultados no trabalho, refletindo em níveis de satisfação elevados, em ambas as partes (colaborador-empresa). **Objetivos:** avaliar a satisfação geral dos participantes em relação ao curso intitulado: Workshop - Aspectos científicos, ético e legal no contexto da assistência segura e de qualidade, realizado em uma instituição de saúde pública especializada na área materno infantil do Brasil. Descrição metodológica: Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, desenvolvido em uma instituição de saúde pública na região central do Brasil. O estudo emergiu de um Workshop, abordando aspectos científicos, ético e legal no contexto da assistência segura e de qualidade, direcionado aos trabalhadores de saúde de diferentes áreas de atuação, em dezembro de 2016. Participaram 31 trabalhadores de saúde de diferentes áreas de atuação. A



atividade foi desenvolvida na própria instituição, com carga horária total de 8 horas, como parte da proposta da tese intitulada: Comissão de Auditoria Interna: Contribuições para a qualidade da Assistência em Saúde. A ação foi elaborada e desenvolvida de forma conjunta entre a comissão organizadora do evento, composta por docentes e discentes do programa de pós-graduação Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, nível de doutoramento.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento auto-aplicável do tipo escala de Likert, com scores pré-estabelecidos de 0 a 10, dividido em dois blocos, com opções de respostas: muito satisfeito; satisfeito; normal; pouco satisfeito e insatisfeito. As questões investigadas foram relacionadas ao instrutor do curso e ao material-conteúdo ministrado, além da satisfação dos trabalhadores com o contexto geral para o evento, possibilitando-lhes tecer comentários e sugestões. Os dados foram organizados e analisados de forma descritiva. **Resultados:** Participaram 31 trabalhadores, dos quais todos responderam aos instrumentos, proporcionando aos organizadores avaliar o nível de satisfação. Pode-se observar ótimos *scores* atribuídos aos instrutores em relação ao conhecimento da temática, com predomínio do item muito satisfeito. A pontualidade foi referida com um ponto frágil, tendo em vista o atraso de 15 minutos para o início da atividade, decorrente a comunicação equivocada relacionada à data, local e horário da atividade. O item linguagem clara, destacou-se entre o nível de satisfação dos participantes. Esse item mereceu atenção dos membros da comissão organizadora, quanto à expressão de uma linguagem clara e objetiva, com o propósito de alcançar a compreensão de todos os trabalhadores. A motivação é importantíssima no processo educativo, já que o indivíduo que aprende tenta alcançar um bom desempenho e sua motivação para isso torna-se de importância crucial. Sendo assim, o instrutor deve buscar meios que motivem o educando a aprender e o mantenha interessado no que está aprendendo¹⁵. O item de satisfação em relação à ação educativa, obteve o maior índice de avaliação, “Muito satisfeito” o que expressa, que a opção pelo método não convencional, em não disponibilizar material didático impresso, não comprometeu a qualidade da ação de educação continuada. Esse resultado corrobora com a avaliação dos



trabalhadores sobre o evento propriamente dito, obtendo nota 9,0 e 10 por unanimidade, o que corresponde ao item muito satisfeito e satisfeito. Em relação ao campo de comentários e sugestões, apenas dois participantes opinaram, sendo um, parabenizando a iniciativa da realização do curso, assim como, a qualidade do mesmo, e o outro sugeriu mais cursos sobre o tema, voltados para áreas específicas do hospital, como UTI, centro cirúrgico etc.

Conclusão: A análise dos dados permitiu tecer as seguintes considerações acerca do nível de satisfação dos trabalhadores de saúde relacionadas ao Workshop, sobre aspectos científicos, ético e legal no contexto da assistência segura e de qualidade. A qualidade do conteúdo, domínio e linguagem dos palestrantes agradou a maioria dos participantes. A quantidade e qualidade do material oferecido e conteúdo programático do curso foram consideradas satisfatórias. **Complicações/ implicações para enfermagem:** A aquisição destes conhecimentos podem ser fatores determinantes para a reflexão dos trabalhadores em prol de uma *praxis*, de qualidade. Esses resultados sinalizam que ações de educação continuada, quando planejadas de forma conjunta, a partir de indicadores conhecidos e pré-estabelecidos, entre os pares, configuram-se como uma ferramenta transformadora da *praxis*, em conformidade com os princípios da segurança e qualidade do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Sardinha PL, Cuzatis GL, Dutra CT, Tavares CMM, Dantas CAC, Antunes CE. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Ene [citado 2017 Abr 03]; 12(29): 307-322. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100017&lng=es.
2. Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação*



permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 68p. Série C. Projetos, Programas e Relatório.

3. Ramos FRS, Bertoncini JH, Machado RR, Flor RC, Pires DEP, Gelbcke FL. Trabalho, educação e política em seus nexos na produção bibliográfica sobre o cuidado. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2009 June [cited 2017 Apr 03]; 18(2): 361-368. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000200021>.

PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE Caroline da Silva GIACOMETTI, Cliciane Barbosa AMORIM, Jaqueline Rosa SILVA, Maria Roque de Souza LICIO, Stephanie Santos PARENTE. Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO cliciane.kbm@gmail.com Introdução: A infecção do trato urinário (ITU) é devido à invasão de microorganismos patogênicos no trato urinário. Geralmente essas infecções são classificadas como não complicadas e complicadas, dependendo de diferentes condições relacionadas com o paciente. Essas condições são chamadas de fatores de risco, são elas: Imunossupressão, instrumentação do trato urinário, inflamação ou desgaste da mucosa uretral e co-morbidades. (1) Medidas preventivas devem ser adotadas com o objetivo de reduzir à alta incidência de complicações subsequentes. (2) Objetivo: Relatar ações de educação em saúde sobre infecções de trato urinário para pacientes de clínica cirúrgica de um hospital em Goiânia. Metodologia: Realizada buscas de artigo dos últimos 10 anos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com os descritores: Infecção; Prevenção; Cateterismo vesical. Além disso, atividade de educação em saúde para os pacientes em clínica cirúrgica em um hospital em Goiânia. Resultados: Os agentes etiológicos mais comuns na ITU são: Escherichia coli, o Staphylo-coccus saprophyticus, espécies de Proteus e de Klebsiella e o Enterococcus faecalis. A terapia antimicrobiana para a ITU varia de acordo com a apresentação da infecção, hospedeiro e agente.(1) Sendo a realização de uma assistência adequada fator importante para a melhora do paciente. Observou-se durante a visita várias



atitudes inadequadas quanto às práticas de auto-cuidado realizadas pelos pacientes. Nesse sentido, elaborou-se uma ação de educação em saúde abordando o manuseio da sonda, lavagem das mãos, a posição do coletor, a higienização íntima correta, a fixação da sonda na grade para evitar tracionamento e refluxo, entre outros. A educação em saúde é uma ação que apresenta benefícios e deve ser abordada como inerente aos cuidados de enfermagem possibilitando uma prática mais adequada dos cuidados. (3) Conclusão: Durante a realização da atividade, observou-se a adesão dos pacientes às orientações. Os mesmos referiram entender a importância do correto manuseio do cateter na prevenção de infecção de trato urinário. Nesse sentido, conclui-se que a ação de educação em saúde foi benéfica aos pacientes da clínica cirúrgica do hospital em questão. Contribuições/implicações: Houve melhoras da higienização dos pacientes após adesão do processo de educação em saúde, pois os mesmos não tinham informações que o manuseio inadequado aumentaria os riscos de infecções.

Referências bibliográficas:

1. Smeltzer SC, Bare BG, Cheever HH, Hinkle JL. Tratado de enfermagem medicocirúrgica. 12th ed.: Guanabara koogan; 2012. 2- SOUZA. A. C. S; TIPPLE. A. F. V; BARBOSA. J. M; PEREIRA. M. S; BARRETO. R.A.S.S. Cateterismo urinário: conhecimento e adesão ao controle de infecção pelos profissionais de enfermagem. Revista eletrônica de enfermagem, v.09, n. 03, p. 724- 735, 2007. 3- RIGON. A. G; DR. NEVES. E. T. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: O que tem sido ou há para ser dito? Disponível em: pdf>tce>. Acessado em 04/05/2017.



ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E SUA RELAÇÃO COM A SEGURANÇA DO PACIENTE: ESTUDO DE REVISÃO

Rafael Alves de SOUZA¹; Mykaella Cristina Araújo MARGARIDA¹; Milca Severino PEREIRA²; Adenícia Custodia Silva e SOUZA².

¹ Discentes do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás) e bolsistas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq.

² Orientadoras de Iniciação Científica e Professoras Doutoras do Curso de Enfermagem PUC-Goiás.

Contato: souzaalvesr94@gmail.com

Introdução: A administração de medicamentos é de responsabilidade do enfermeiro, bem como zelar pela integridade biopsicossocial do paciente. Embora a prescrição de medicamentos não seja de seu escopo, para administrar o medicamento com segurança, eficiência e responsabilidade, ele deve compreender todo o processo de medicação, os seus princípios científicos, os efeitos das drogas, administrá-las corretamente, monitorar as respostas do cliente e assegurar o paciente contra riscos de danos¹. Os erros de medicação são quaisquer eventos previsíveis que podem causar ou levar o uso inapropriado do medicamento ou provocar algum tipo de dano, enquanto o medicamento estiver sob o controle dos profissionais de cuidado à saúde, paciente ou consumidor; tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos da saúde, aos procedimentos e sistemas, incluindo a prescrição, comunicação da prescrição, rótulo dos produtos, embalagem e nomenclatura, à composição, à dispensação, à distribuição, à administração, à educação, monitoração e uso². A enfermagem, por ter maior contato com o paciente e que executa a última etapa do sistema de medicação deve minimizar estes erros por meio de estratégias de prevenção e contribuir para a redução de riscos e danos desnecessários ao paciente a um mínimo aceitável, denominado segurança do paciente. Assim sendo, questiona-se: Como os pesquisadores da enfermagem brasileira têm apresentado e discutido os problemas relacionados aos erros na administração de medicamentos? Como a administração de medicamentos tem sido vista na perspectiva da segurança



do paciente? **Objetivo:** Identificar as produções científicas de enfermagem acerca dos erros de medicação relacionada à administração de medicamentos e verificar seu impacto na segurança do paciente. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão da literatura científica sobre segurança do paciente na perspectiva dos erros de medicação, das publicações no período de 2010 a 2016, mediante levantamento nas seguintes bases de dados: SciELO - Scientific Electronic Library Online, LILACS - Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe, BIREME/OPAS/OMS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde e BVS – Biblioteca Virtual de Saúde. Foram utilizados os seguintes descritores: Segurança do paciente; Enfermagem; Erros na administração de medicação; Erros de medicação. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram utilizados com auxílio de conectores booleanos, AND; OR e da seguinte forma: Segurança do paciente AND Erros de medicação; Erros de medicação AND Erros na administração de medicação; Erros de medicação OR Erros na administração de medicação; Enfermagem AND Erros de medicação. Os critérios de inclusão: artigos na íntegra on-line e nos idiomas português, inglês e espanhol. Critérios de exclusão: relatos de casos, documentos oficiais, capítulos de livros, teses, dissertações, notícias editoriais e textos não científicos. A partir dos resultados da busca feita nos bancos de dados e obedecendo os critérios de inclusão e exclusão deste estudo, realizou-se a leitura completa dos artigos, no intuito de verificar a sua adequação às questões norteadoras da investigação. A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, constituiu da identificação dos dados de localização do artigo, autores, título, ano e país de publicação, bases de dados e periódicos, nesta etapa foi utilizado um formulário para melhor organizar os artigos. A segunda etapa constituiu de análise dos artigos, exploração por meio de leitura crítica atendendo aos critérios de elegibilidade, objetivos, processo analítico e resultados obtidos. **Resultados:** O período da coleta dos dados foi de agosto de 2016 a fevereiro de 2017. Foram encontrados setenta e dois artigos, sendo excluídos quatro artigos duplicados. Para a presente revisão foram incluídos sessenta e oito artigos, sendo seis artigos publicados em 2010, oito artigos em 2011, seis artigos em 2012, seis



artigos em 2013, dezesseis artigos em 2014, dez artigos em 2015 e dezesseis artigos em 2016. Houve uma concordância entre os autores encontrados na literatura com respeito aos principais erros de medicação: prescrição ilegível, omissão, dose e horário. Com relação ao profissional, a sobrecarga de trabalho e a falta de atenção foram os fatores mais predisponentes para um erro de medicação. Sobre as medidas a serem adotadas pela equipe de enfermagem para promover a segurança do paciente no ambiente de assistência à saúde, destacou-se o treinamento e educação permanente dos profissionais e a sistematização, uso de instrumentos e protocolos para o processo de medicação. Apesar das diversas publicações sobre o assunto, percebe-se a falta de estudos aprofundados que possibilitem comparar os resultados de forma mais abrangente e fundamentada em evidências. **Considerações finais:** Os erros de medicação estão entre as principais causas de danos associados ao cuidado em saúde em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS), lançou o terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente para 2017 com o tema “Uso Seguro de Medicamentos (Medication Without Harm)”, com objetivo de reduzir em 50% os danos desnecessários relacionados à medicação, globalmente nos próximos 5 anos³. Dada a sua importância, observou-se que, embora, a produção científica sobre a segurança do paciente tem sido uma crescente nos últimos anos, contribuindo para uma melhor compreensão sobre a temática, a literatura ainda é escassa, faltando estudos mais aprofundados no que diz respeito aos erros de medicação, suas prevalências e implicações. Sendo assim, a redução desses riscos constitui um desafio para todos profissionais e gestores em saúde. É necessário estimular a educação permanente entre os graduandos e profissionais acerca da importância da compreensão dos medicamentos e da farmacologia que os envolve e desenvolver mais estudos específicos sobre a temática para sua melhor compreensão, a fim de promover uma assistência mais segura e eficaz. **Contribuições/implicações para Enfermagem:** Por ser a executora da última etapa do processo de medicação, cabe a enfermagem, compreender todo o processo medicamentoso desde sua prescrição até a administração, sua farmacologia (mecanismo de ação da droga, farmacocinética e



farmacodinâmica), os efeitos adversos das drogas, estar atenta aos sinais de reações alérgicas e efeitos adversos no paciente, ser conhecedora dos cuidados a serem prestados ao paciente em determinada farmacoterapia, ter embasamento técnico-científico e uma visão holística e crítica, realizar uma busca contínua pelo conhecimento e o aperfeiçoamento de técnicas e não realizar a preparação e/ou administração de medicamentos quando se há dúvidas na prescrição e/ou se as embalagens estão violadas, barrando assim os erros que não foram percebidos nas etapas anteriores. Quando a enfermagem busca a minimização desses erros e compreende que seu papel é fundamental no contexto da administração de medicamentos, ela representa um importante elo na promoção da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho VT, Cassiani SHB, Chiericato, C, Miasso AI. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. Rev. Latino-am. Enfermagem [periódicos na Internet]. 1999 Dez [acesso em 2017 abr. 24]; 7(5):67-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13506.pdf>.
2. Cassiani SHB. Administração de medicamentos. São Paulo: EPU; 2000. p. 97-113
3. WHO - World Health Organization. Medication Without Harm. Global patient safety challenge on medication safety [manual na Internet]. Bonn (Germany): World Health Organization; 2017 [acesso em 2017 abr. 25]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Desafio-OMS-Parte-1.pdf>; <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Desafio-OMS-Parte-2.pdf> e <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/04/Desafio-OMS-Parte-3-2.pdf>



PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO: ESTUDO DE REVISÃO

Mykaella Cristina Araújo MARGARIDA¹; Rafael Alves de SOUZA¹; Milca Severino PEREIRA²; Adenícia Custodia Silva e SOUZA².

¹ Discentes do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e participantes do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq;

² Orientadoras, Professoras Doutoras, Curso de Enfermagem PUC Goiás.

Contato: mykaella.pucgoias@gmail.com

Introdução: A lesão por pressão ocorre por falta de suprimento de oxigênio e nutrientes nos tecidos pela pressão que os tecidos moles sofrem junto à uma proeminência óssea por longos períodos, levando à isquemia local, edema, ativação dos mediadores de inflamação e por fim, morte celular¹. A lesão por pressão tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, uma vez que sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis². Assim, questiona-se: como os pesquisadores têm discutido e apresentado as medidas preventivas de lesão por pressão? Quais as medidas preventivas de maior adesão implementadas pela equipe de enfermagem nos estabelecimentos de saúde? A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ³ recomenda os protocolos que devem ser adotados pelos estabelecimentos de saúde para garantir a assistência segura. **Objetivo:** Analisar as publicações relacionadas à prevenção de lesões por pressão. **Metodologia:** Este estudo consiste em uma revisão da literatura científica sobre prevenção de lesão por pressão, dos artigos publicados no período de 2010 a 2016, mediante levantamento nas seguintes bases de dados: SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*, LILACS - Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe, BIREME/OPAS/OMS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde e BVS – Biblioteca Virtual de Saúde e Google Acadêmico. Fez-se uso dos booleanos *AND*, *OR*, *NOT* na combinação com os seguintes



descritores em saúde: enfermagem; segurança do paciente; úlcera por pressão e prevenção. Foram incluídos artigos na íntegra on-line, no idioma português e excluídos os relatos de casos, documentos oficiais, capítulos de livros, teses, dissertações, notícias editoriais e textos não científicos. **RESULTADOS:** Encontrou-se 45 artigos que atenderam aos critérios de elegibilidade. 90% das publicações relataram que o grande fator de risco sociodemográfico para a ocorrência de lesões por pressão é a idade, com predomínio acima de 70 anos. A maior incidência de úlcera por pressão ocorre em clientes com diagnóstico clínico de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes melittus; sequelas por acidente vascular encefálico e/ou trauma raquimedular. Quanto à localização, em todas as publicações que traziam a ocorrência de lesões, foram prevalentes na região sacral; trocantérica; calcânea; escapular e occipital (neonatos/pediatria). O tempo de internação para desenvolvimento de lesão variou entre um período acima de 8 a 40 dias de permanência, e até menor em se tratando de imunodeprimidos e idosos. Apenas uma das publicações destacou a escala de *Norton* e *Waterlow* como escalas de eficácia na detecção precoce do risco de lesões por pressão, enquanto todos os demais destacaram a adesão à escala de *Braden*. Uma publicação, também, destacou que as espécies bacterianas de maior prevalência nas lesões por pressão são: *Staphylococcus aureus* com 85% de ocorrência e *Staphylococcus epidermidis* com 80%. Quanto à percepção dos enfermeiros evidenciou-se ser notória a importância e a preocupação quanto à segurança do paciente e o cuidado em adotar as práticas preventivas de lesões por pressão. Encontrou-se relato de resistência no cumprimento de protocolos devido às dificuldades de adaptação às mudanças e inovações nas práticas das medidas preventivas, sugerindo a instituição da educação continuada. Enfatizou-se em duas publicações que questões de relações interpessoais, de trabalho e estrutura da unidade influenciaram diretamente na segurança do paciente. Três publicações falaram sobre o conhecimento de acadêmicos sobre a cultura de segurança do paciente, para detecção precoce do risco de lesões por pressão e intervenção rápida e direta das medidas preventivas. Quanto às medidas preventivas, em 80% das publicações destacaram-se: manter a pele



hidratada com Ácidos Graxos Essenciais (AGE) ou loção hidratante; realizar mudança de decúbito de 2 em 2 horas; não elevar a cabeceira a um ângulo superior a 45°; manter higienização íntima (clientes com restrição de mobilidade em uso de fraldas); usar amortecedores (coxins/almofadas) em proeminências ósseas (principalmente cadeirantes); utilização de colchão piramidal, ar ou de água; utilização de lençol móvel para movimentação de pacientes restritos no leito; evitar dobraduras no lençol; realização do exame físico da pele; elevação de membros inferiores; massagem de alívio em regiões não hiperemiadas e utilização de escalas de risco como: *Braden*; *Norton* e *Waterlow*, sendo que a primeira destacou-se na adesão entre profissionais de enfermagem, mas não na efetividade da detecção precoce, devido a seus baixos parâmetros em comparação às outras duas escalas. Quanto às estratégias adotadas para construção da cultura de segurança do paciente, enfatiza-se que é preciso sustentar a comunicação entre equipes de saúde assistenciais e administrativas para fortalecer a troca de ideias e saberes que garantam a segurança do cliente; desvincular as medidas punitivas entre profissionais; realizar educação continuada sobre os riscos e exposição a eventos adversos e como evita-los, identificar problemas em conjunto e implementar a assistência. Destaca-se que 100% das publicações analisadas ressaltam que é preciso reforçar os estudos na perspectiva dessa cultura dentro das instituições de ensino, fortalecendo a importância de promover uma assistência com a qualidade aliada à segurança. **Considerações finais:** Considerou-se por meio deste estudo que a incidência de lesões por pressão é elevada em pacientes em internação de longa permanência, idosos, imunodeprimidos, com diagnóstico clínico de doenças crônicas e/ou com sequelas por acidente vascular encefálico. Há vários estudos sobre as medidas preventivas de maior adesão entre equipes assistenciais de enfermagem, em que pese não serem estudos observacionais que comprovem a evidência científica de nenhuma delas. É recomendado a realização de pesquisas científicas sobre a construção da cultura de segurança do paciente, com ênfase nos métodos de pesquisas observacionais para construção de evidências científicas. Vale ressaltar que é preciso enfatizar constantemente e em todas



as perspectivas das unidades curriculares acadêmicas a importância da qualidade aliada à segurança. Os resultados do estudo nos remetem a reflexões sobre ações preventivas de lesões por pressão e contribuições no direcionamento das práticas educativas e de cuidado para maior segurança em saúde. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** Definir os parâmetros na prestação dos cuidados de enfermagem voltados para um padrão de qualidade, em consonância com a segurança e o bem estar do paciente, revela-se como uma ação de inquestionável relevância. Prevenir eventos adversos e as complicações advindas do processo terapêutico representam o foco principal das intervenções de enfermagem. Prevenir as úlceras de pressão representa um desafio para a equipe de saúde e, de forma muito especial, para a equipe de enfermagem por representar os profissionais que maior tempo permanecem ao lado do paciente hospitalizado. Assim, evitar esse agravo é importantíssimo para a enfermagem, com impacto direto na qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, A. G. P.; BORGES, J. W. P.; BRITO, M. S. **Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa.** *Jornal de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online [ONLINE]*. 2014 [acesso em 2017 abr. 25]; 6(2): 793-804. 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3004/pdf_1287 >
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Protocolo para prevenção de Úlcera por Pressão [ONLINE]**. Brasília, DF: Anvisa; 2013a [acesso em 2017 abr. 03]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/PROTOCOLO_ULCERA_POR_PRESSaO.pdf >
3. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde [ONLINE]**. Brasília, DF: Anvisa; 2013b [acesso em 2017 abr. 03 p. 9- 1167, 2013a. Disponível em:<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf >



SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE: VISÃO DA ENFERMAGEM

Allyne Borges de SOUZA¹ Jhennyfer Kali Fernandes da CRUZ²; Joyce Nunes CABRAL³

Higor Siqueira da SILVA⁴; Raul Diego de Sousa PEREIRA⁵ Sandra Maria da Fonseca DINIZ⁶ Sílvia Rosa TOLEDO⁷

1. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. allyneborgesdesouza@hotmail.com
2. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. saude20171.100@gmail.com
3. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. joycecabral@outlook.com
4. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. contatohigorsiqueira@gmail.com
5. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. raul_diego1995@hotmail.com
6. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. sandraucg@gmail.com
7. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. silviasatoledo@gmail.com

Introdução: A sexualidade é um processo vital vivido de maneira diferente em cada fase da vida, sendo uma necessidade fisiológica e emocional em todos seres humanos. Quanto a sexualidade do idoso, esta é censurada por grande parcela da sociedade. O preconceito que permeia a pessoa na terceira idade é multidimensional e interfere diretamente no seu bem-estar biopsicossocioespiritual ¹⁻². **Objetivos:** Entender as barreiras enfrentadas pela pessoa idosa quanto a sua própria sexualidade, os estigmas sociais que os mesmos carregam, bem como o papel da enfermagem frente a essa problemática e as condutas a serem adotadas. **Descrição metodológica:** Trata-se de um estudo quantitativo de revisão bibliográfica. Na revisão da literatura, foram consultadas as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Bases de Dados de Enfermagem (BDENF); por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram excluídas as publicações duplicadas, as presentes em mais de uma base e aquelas não coincidentes com a temática. Foi utilizado o idioma Português e as palavras-chave “Idoso”, “Sexualidade” e “Enfermagem” separadas pelo Operador Lógico Booleano “AND”, no período de 2012-2017. **Resultados:** Conforme a busca realizada, foram encontrados no total de seis artigos acerca da sexualidade da pessoa



idosa. Em relação as bases de dados, foram identificados quatro artigos na BVS, estes se repetiram entre as bases LILACS, SciELO e BDNF, um artigo no LILACS e um na SCIELO. **Conclusão:** Diversos fatores influenciam na capacidade de manter a vida sexual ativa em pessoas idosas. Frente a muitas dessas barreiras, a forma de enfrentamento do idoso é o que vai definir se essa etapa da vida poderá desencadear outros problemas, até mesmo de natureza psicológica no indivíduo. É preciso entender que falar de sexo ainda é um tabu, ainda mais sobre sexualidade na terceira idade. Cabe ao profissional de enfermagem que atua neste ciclo de vida, entender essas barreiras e elaborar técnicas de abordagem que facilitem a aprendizagem quanto a educação sexual da pessoa idosa. **Contribuições/ Implicações para a Enfermagem:** O cuidado de enfermagem envolve muitos aspectos entre eles a educação em saúde. Trazer à tona discussões sobre sexualidade na terceira idade, contribui para que este assunto deixe de ser entendido como tabu. Para o enfermeiro (a) trabalhar este tema deve ser uma oportunidade de proporcionar ao idoso a condição de ser ativo na sociedade, melhorando a qualidade de vida na terceira idade.

REFERÊNCIAS

¹Viana HB, Madruga VA. Sexualidade, qualidade de vida e atividade física no envelhecimento. **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**. v. 6, p.222-233, jul. 2008.

²Vieira, KFL, Coutinho, MPL, Saraiva, ERA. A Sexualidade Na Velhice: Representações Sociais De Idosos Freqüentadores de Um Grupo de Convivência. **Psicologia: Ciência e Profissão**.2016. Mi-jun; 36(1): 196-09.

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM ÚLCERAS DE PERNA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Joyce Souza LEMES, Ana Clara Alves CAMPOS, Camila da Silva LEMOS, Alexia Nunes BATISTA, Ana Gabriela LACERDA, Suelen Gomes MALAQUIAS
Faculdade de Enfermagem Universidade Federal de Goiás FEN-UFG



joycesouzalemes@gmail.com

anaclara_campos@hotmail.com

camila.slemos@hotmail.com

alexianunes.b@gmail.com

anagabilacerda@hotmail.com

sgmalaquias@gmail.com

Introdução: Uma enfermidade crônica interfere nas adaptações de vida diária. A ferida pode representar uma agressão, produzindo um desequilíbrio psíquico podendo também gerar, momentos que dificultam a realização de ações de autocuidado.⁽¹⁾

Qualidade de vida pode ser definida como a sensação individual de satisfação de vida e bem-estar, sendo um conceito dinâmico que muda de dia para dia. Compreende um estado físico, emocional e psicológico que é influenciado pelo seu papel no trabalho e relacionamentos.⁽²⁾

Existem vários métodos que avaliam a qualidade de vida, dessa forma, a presente pesquisa se justifica uma vez que, busca identificar esses métodos e evidenciar suas particularidades, auxiliando na formação profissional de enfermeiros e demais profissionais que atendem essa clientela.

Objetivos: Verificar os métodos descritos na literatura para avaliação da qualidade de vida em pessoas com úlcera crônica.

Descrição metodológica: Estudo de revisão integrativa da literatura, elaborado a partir da estratégia PICO⁽³⁾ para pergunta de pesquisa e recomendações do PRISMA *Statement*⁽⁴⁾. Foram incluídos artigos originais, publicados a partir de 2006, em inglês, português e espanhol, nas bases de dados: *Elsevier Science Direct*, *Elsevier Scopus*, *Web of Science*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *National Library of Medicine (Medicine – PUBMED)*, *Scientific Eletronic Library Online (SCIELO)*, e, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram excluídos trabalhos de conclusão de curso, teses, dissertações, artigos de opinião, artigos de revisão, livros, artigos que abordassem outras etiologias de feridas ou que não investigasse avaliação da qualidade de vida.

Resultados: Foram encontrados 18060 artigos e submetidos aos testes de relevância. Ao final, foram analisados 34 artigos.



Foram identificados 19 instrumentos para avaliação da qualidade de vida dos pacientes. Os mais utilizados foram: *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*, um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, presente em nove estudos (26,5%); *The Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (CCVUQe)*, instrumento específico para avaliar a qualidade de vida em pessoas com úlceras venosas, presente em seis estudos (17,6%); *Diabetic Foot Ulcer Scale Short Form (DSF-SF)*, instrumento específico para avaliar a qualidade de vida em pessoas com pé diabético, presente em 5 estudos, (14,7%); Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI), instrumento específico para avaliar a qualidade de vida em pessoas com algum problema dermatológico, e *Wuerzburg Wound Score (WWS)* instrumento específico para avaliar a qualidade de vida em pessoas com úlceras crônicas, em dois estudos (5,8%). Os outros instrumentos apareceram uma vez nos estudos, porém dos 19 instrumentos encontrados 12 (63%) optaram por usar instrumentos específicos para cada população.

Conclusão: Observou-se diversidade de métodos para avaliar a qualidade de vida com busca de metodologias específicas para cada população. Esse fato pode contribuir para coleta de dados e abordagem mais direcionada ao contexto de cada etiologia.

Contribuições/ implicações para enfermagem: Conhecer os diferentes instrumentos de avaliação da qualidade de vida de pessoas com úlceras de perna, pode favorecer a identificação de nuances particulares a cada etiologia.

Referencias:

- 1 Lara MO, Júnior ACP, Pinto JSF, Vieira NF, Wichr P. Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. *Cogit. Enferm.* 2011 Jul/Set; 16(3):471-7.
- 2 Alves D, Nunes I, Marques MCMP, Novas MVC, Quality of life in people with leg ulcer, integrative review. *RIASE online* 2016, April 2(1): 422 – 33.
- 3 Flemming K. Critical appraisal. Searchable questions. *NT Learn Curve* 1999 April 7; 3(2):6-7.
- 4 Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Improving the quality of reporting of metaanalysis of randomised controlled trials: the QUOROM statement. *Lancet.* 1994 Nov; 354 (9193): 1896-900.



A IMPORTÂNCIA DA LICENCIATURA EM ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Joyce Souza LEMES, Josimeire Divina do Carmo XAVIER, Marcos André de MATOS, Márcia Maria de SOUZA, Marinésia Aparecida do PRADO.

Faculdade de Enfermagem Universidade Federal de Goiás FEN-UFG

joycesouzalemes@gmail.com

josimeiredcxavier@gmail.com

marcosmatos@ufg.br

marcia.fen@gmail.com

marinesiaprado@gmail.com

Introdução: O curso de enfermagem da Universidade Federal de Goiás até 2013 conferia ao estudante a opção de escolher pelo grau bacharelado ou bacharelado e licenciatura. A partir de então a licenciatura não é mais uma opção e quem tiver interesse por esse título deverá fazer uma especialização depois de formado. Candido e Maioli realizaram um estudo comparando as matrizes curriculares de um Curso de Bacharelado e de um Curso de Licenciatura em Enfermagem, neste foi evidenciado que os enfermeiros que necessitam exercer a docência, não têm uma boa proposta didática por não terem uma adequada preparação pedagógica.⁽¹⁾

Objetivos: Demonstrar como as disciplinas de licenciatura contribuem para dar subsídios para a prática docência em nível médio.

Descrição metodológica: Trata-se de um relato de experiência de um estágio supervisionado em licenciatura III, realizado em um curso técnico de enfermagem em Goiânia - GO.

Resultados: O estágio durou 12 dias e as aulas foram dadas em dupla, com a professora do curso técnico em sala apenas como ouvinte. No primeiro dia observou-se uma grande resistência dos alunos. Os alunos olhavam com desconfiança e durante a aula não interagiram. Usou-se todas as estratégias estudadas na matriz curricular de licenciatura. Embasou-se na teoria



comportamental (Behaviorismo), onde fala “que o comportamento é uma resposta às experiências (estímulos, ações) que podem ser preconcebidas, mas podem sofrer influência do ambiente.”⁽²⁾. Persistiu-se estimulando os alunos mesmo sem resposta, insistindo em perguntar e fazer dinâmicas em grupo, sabendo que em algum momento esse estímulo condicionaria outro comportamento.

Outra teoria utilizada foi a freiriana, “Paulo Freire, teve toda a sua vida devotada à construção de uma educação libertadora capaz de instrumentalizar a população para lutar contra as relações opressoras, empoderar por meio do conhecimento”⁽³⁾. Insistiu-se que cada aula fosse problematizadora, usando a teoria atrelada à prática e que eles participassem através das suas vivências.

O resultado foi satisfatório, já na primeira semana os alunos começaram a mudar o comportamento. Na segunda semana mudaram completamente, pois estavam atentos, participativos e atenciosos. As aulas começaram a fluir naturalmente, as discussões eram sempre proveitosas. Ao final do estágio, quando os estagiários foram despedir-se, alguns alunos até se pronunciaram em nome da turma, dizendo que no começo ficaram receosos por ser estagiários jovens e possivelmente inexperientes, mas que com o tempo perceberam que a experiência foi muito boa e proveitosa.

Conclusão: Percebeu-se que a prática do estágio contribuiu bastante em termos de amadurecimento para as próximas experiências. Contudo, fica claro que para chegar ao sucesso foi preciso toda uma construção de conhecimento da técnica docente que só foi alcançada por existir as disciplinas da licenciatura, que constituíram alicerce teórico e prático.

Contribuições/ implicações para enfermagem: Espera-se que com esse relato a retirada da licenciatura do curso de Enfermagem seja repensada. Pelo menos como optativas essas disciplinas fazem toda diferença para quem quer realmente seguir na formação técnica.

Referencias:

1 Candido ASF, Maioli EEC. Análise das matrizes curriculares do curso de enfermagem à luz das diretrizes curriculares nacionais. *Encontro Internacional*



de Formação de Professores e Fórum Permanente de Inovação Educacional. Tiradentes MG. Enfope. 2015. 14 p.

2 Moreira MB, Medeiros CA. Princípios Básicos de análise do comportamento. 1º edição. São Paulo. Artmed; 2007.

3 Maciel KF. O pensamento de Paulo Freire na trajetória da educação popular. Rio de Janeiro. Tese [Mestrado em Educação] Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. 2011.

PERFIL DOS ÓBITOS INFANTIS NO COMPONENTE NEONATAL POR CAUSAS EVITÁVEIS EM GOIÂNIA.

Larissa Silva MAGALHÃES¹, Ana Carolina Rodrigues FERREIRA², Fabiana Veloso TORRES³, Nathália Caetano Barbosa TEIXEIRA⁴, Talita Mariana Silva Toledo RAMOS⁵, Elisângela Eurípedes Resende GUIMARÃES⁶, Maria Aparecida da Silva VIEIRA⁷

1. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. larissasilvamagalhaes57@gmail.com
2. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. karolrodrigues752@gmail.com
3. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. fabiana_ucg18@hotmail.com
4. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. nathaliacaetano20062@gmail.com
5. Faculdade Estácio de Sá de Goiás. talita.yeshua@hotmail.com
6. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. elisangenf@gmail.com
7. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. cidavi00@gmail.com

Introdução: O relevante declínio no número de mortes de crianças constitui uma das maiores histórias de sucesso da saúde pública mundial¹. Este decréscimo da mortalidade infantil vem atendendo aos Objetivos do Milênio, que fazem parte de uma Declaração assinada por todos os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), os quais buscam proporcionar condições adequadas de sobrevivência à população. Atualmente, os óbitos infantis são compreendidos como resultados de indicadores da qualidade de vida de uma população, por evidenciarem mortes que poderiam ser evitadas. No entanto, muitas causas de óbitos infantis ainda são evitáveis². **Objetivos:** descrever os óbitos infantis por causas evitáveis no componente neonatal no município de Goiânia. **Descrição Metodológica:** estudo descritivo das crianças menores de um ano que foram a óbitos no município de Goiânia (GO), entre 2012 e 2013. Dados secundários foram coletados no Sistema de Informação em Mortalidade. **Resultados:** Foram registrados 517 óbitos infantis. Em 2012 foram 271(CMI=12,7) e em 2013, 246 óbitos infantis



(CMI=11,2). Dos óbitos, segundo os componentes da mortalidade infantil, 50,9 % foram neonatais precoces, 20,5% neonatais tardios e 28,6 % pós-neonatal. Destes, 64,8% ocorreram por causas evitáveis, 32,9% por causas não evitáveis e 2,3% por causas mal definidas. **Conclusão:** A maioria dos óbitos por causas evitáveis foram filhos de mães não branca, baixa escolaridade, adolescentes e por parto cesáreo. As principais razões dos óbitos infantis foram às afecções perinatais e anomalias congênitas. Foram mais frequentes as mortes de crianças pré-termos e de baixo peso ao nascer. **Contribuições para enfermagem:** Portanto torna-se imprescindível conhecer as causas relacionadas às mortes neonatais, pois identificá-las possibilita a criação de estratégias efetivas na implementação de políticas públicas para prevenir o óbito de crianças por causas evitáveis.

Referências:

1. Wang H, Liddell CA, Coates MM, Mooney MD, Levitz CE, Schumacher AE, et al. Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 2014;384(9947):957-79.
2. Lawn J, Kerber K, Enweronu Laryea C, MaseeBateman O. Newbornsurvival in lowresource settings—are wedelivering? *BJOG*. 2009;116(s1):49-59.

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: GESTANTES E O VÍRUS ZIKA

Nathália Caetano Barbosa TEIXEIRA¹, Laidilce Teles ZATTA², Juliana Pires RIBEIRO³, Rosa Brígida Simões BARROS⁴, Diogo Rodrigues dos SANTOS⁵, Larissa Oliveira Rocha VILEFORT⁶, Larissa Silva MAGALHÃES⁷

1. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. nathaliacaetano20062@gmail.com
2. Secretaria Municipal de Saúde. laidteles@hotmail.com
3. Secretaria Municipal de Saúde. julianapribeiro@yahoo.com.br
4. Secretaria Municipal de Saúde. rosabrigida@hotmail.com
5. Secretaria Municipal de Saúde. diogogyn23@hotmail.com
6. Secretaria Municipal de Saúde. larissavilefort@gmail.com
7. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. larissasilvamagalhaes57@gmail.com

Introdução: O ZIKV é um arbovírus, do gênero *Flavivírus*, família *Flaviviridae*, isolado pela primeira vez em Uganda no ano de 1947^{1,2}. Disseminado pela picada do mosquito *Aedes aegypti*, pode ser transmitido também por via sexual e congênita. Os sintomas mais frequentes da doença pelo ZIKV são exantema,



prurido, dor articular, conjuntivite, cefaléia e febre. Os mesmos caracterizam-se, geralmente como leves e podem persistir por até uma semana³. Até a ocorrência da epidemia da doença aguda do ZIKV no Brasil, o conhecimento sobre a história natural desse agravo era limitado a sua ocorrência esporádica em forma de surtos, sendo o maior registrado na Polinésia Francesa, em que já se relatava manifestações neurológicas pós-infecção, como a síndrome de Guillain-Barré². A partir de outubro de 2015, neuropediatras de Recife (Pernambuco) deram o sinal de alerta sobre uma epidemia de microcefalia com alterações radiológicas peculiares, sugestivas de infecção congênita, os quais muitos deles posteriormente foram associados à infecção materna por ZIKV⁵. No município de Goiânia, o primeiro caso confirmado de ZIKV foi identificado em novembro de 2015. Foram notificados 57 casos suspeitos da doença, dos quais 11 foram descartados, sete confirmados, e 39 continuam em investigação. Dos casos confirmados, três eram gestantes⁴. No ano de 2016, até 37ª semana epidemiológica, foram notificados 5.953 casos prováveis (excluídos os descartados), dos quais 4.352 foram confirmados. Desse quantitativo, 364 eram gestantes com infecção sintomática provável por ZIKV, sendo 327 com confirmação. A essência do trabalho a ser realizado era acolher as gestantes no SUS em sua integralidade, sendo as equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município, acionadas para oferecer apoio matricial às equipes de atenção básica. Pela complexidade dos casos, a assistência desses bebês deve ser realizada por equipe multidisciplinar, incluindo pediatras, neurologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, dentre outros. Além disso, diante do impacto familiar, é recomendável apoio psicológico, bem como de assistente social aos responsáveis. **Objetivos:** relatar a experiência da abordagem multidisciplinar na Atenção Primária da região Leste do município de Goiânia-GO às gestantes com suspeita e/ou confirmação da infecção pelo vírus Zika e seus filhos. **Descrição metodológica:** Trata-se de um relato de experiência sobre a vivência e atuação de profissionais inseridos na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS) frente à epidemia do ZIKA Vírus, no município de Goiânia, período de 2015 a 2016. **Resultados:** Em virtude da situação alarmante em



todo o país, e dos casos em ascendência no município, em primeiro momento foi realizada, em fevereiro de 2016, uma reunião para direcionar as equipes de atenção primária no acolhimento e fluxo dos atendimentos das gestantes com suspeita/confirmação de infecção por ZIKV. A Gerência de Atenção Primária do município enviava quinzenalmente uma listagem das gestantes com suspeita/confirmação por ZIKV, ponto de partida para os distritos sanitários realizarem as atividades de busca ativa, a fim de inserir as usuárias gestantes no sistema de saúde. As planilhas continham dados pessoais como nome da paciente, data de nascimento, nome da mãe, endereço e contato telefônico. Assim, cada distrito sanitário identificava as gestantes pertencentes à sua área de abrangência, para iniciar as buscas ativas e encaminhamentos necessários. Para melhor acompanhamento e visualização da situação epidemiológica e social destas gestantes, eram coletadas informações essenciais, tais como resultado de PCR para Zika, unidade de saúde, médico/equipe onde a gestante realizava o pré-natal, data da última consulta, data e resultado da ultrassonografia morfológica, dentre outras informações consideradas pertinentes aos casos. De março a novembro de 2016, 54 gestante/puérperas foram acompanhadas no DSL, sendo oito pertencentes a outro município ou distrito sanitário, que eram informados sobre os casos, para prosseguimento do monitoramento. Duas gestantes recusaram o acompanhamento pela equipe do DSL. A média de idade das pacientes monitoradas foi de 29 anos, sendo 29 (55%) usuárias do SUS. Quanto ao resultado de PCR para ZIKV, 16 (30%) das gestantes foram positivas, 18 (33%) negativas e 20 (37%) resultados ignorados. Das gestantes monitoradas, 21 (39%) realizaram a ultrassonografia morfológica. Um total de 34 (28%) gestantes/puérperas receberam apoio psicossocial durante o monitoramento, sendo que duas (7%) apresentaram algum agravo em saúde mental associados ou agravados pela suspeita ou confirmação da infecção por ZIKV na gestação. No período de acompanhamento das gestantes ocorreram dois (3,7%) abortos, um (1,8%) óbito fetal, um (1,8%) óbito pós-neonatal e duas (3,7%) crianças nasceram com má formação congênita. Em novembro, 29 mulheres (53,7%) já haviam tido seus bebês e 25 (46,3%) ainda estavam em acompanhamento. Nos nove



meses de acompanhamento relatados, foram realizadas 313 ações de busca ativa e 40 visitas domiciliares. No mês de dezembro de 2016, foi realizada uma reunião de avaliação do monitoramento das gestantes com suspeita/confirmação do ZIKV os quais foram elencadas dificuldades e facilidades. Dentre as dificuldades foram apontadas a vulnerabilidade social das pacientes, com renda familiar baixa, desemprego, gerando problemas como a falta de recursos financeiros para o deslocamento para consultas agendadas, fluxo comprometido para realização de exames, sobrecarga de trabalho no distrito sanitário, recursos precários de informática. Aspectos facilitadores foram listados, como comprometimento da equipe distrital no acompanhamento, atuação eficiente do profissional de referência em pediatria, utilização de instrumentos de registros, rotina semanal implementada de monitoramento e visitas, prioridade do transporte no distrito para as demandas do monitoramento, boa comunicação entre os profissionais da equipe, momentos semanais de ajuste das atividades do acompanhamento das gestantes. **Conclusão:** Para que essas ações se tornem cada vez mais efetivas, faz-se necessário a realização de ações de educação permanente com os profissionais das equipes da atenção primária, a fim de que tenham êxito no acolhimento e atendimento às usuárias gestantes com suspeita/confirmação de infecção por ZIKV. Além disto, é de extrema importância maior periodicidade de reuniões com a gestão central da SMS, para que o apoio técnico distrital seja prontamente informado das mudanças e atualizações ministeriais sobre a temática, e que consequentemente estas informações sejam repassadas aos profissionais mais atuantes diretamente com a comunidade. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** A formação de uma equipe multidisciplinar tem por finalidade auxiliar a gestante a passar por uma gestação de forma mais saudável física e emocionalmente, além de prepará-la para receber o bebê prestes a chegar, que poderá vir a necessitar de maiores cuidados. Considera-se que as ações e fluxos estabelecidos para identificação das gestantes com suspeita/confirmação de infecção por ZIKV foram essenciais e positivas para o acolhimento dessas



mulheres na rede pública de saúde do município de Goiânia, especialmente na região leste.

Referências

1. Balm MN, Lee CK, Lee HK, Chiu L, Koay ES, Tang JW. A diagnostic polymerase chain reaction assay for Zika virus. *J Med Virol.* 2012 Sep;84(9):1501-5.
2. Campos GS, Bandeira AC, Sardi SI. Zika virus outbreak, Bahia, Brazil. *Emerg Infect Dis* 2015; 21:1885-6.
3. Schram P. Zika virus and public health. *J Hum Growth Dev.* 26(1): 7-8.
4. SMS. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Informe técnico semanal: dengue, chikungunya, zika e microcefalia relacionada à infecção congênita. nº 362. Atualizado em 09/11/2016. Disponível em: http://www.saude.goiania.go.gov.br/docs/divulgacao/Informe_Semanal_Den_Chik_Zika_Micro_09_11_16_SE.pdf.
5. Miranda-Filho DB, Martelli CMT, Ximenes RAA, Araújo TVB, Rocha MAW, Ramos RCF, et al. Initial description of the presumed congenital Zika syndrome. *Am J Public Health* 2016; 4:598-600.

Expectativas dos técnicos de enfermagem em relação a graduação em enfermagem*
Expectations of nursing technicians regarding nursing graduation Christina Souto Cavalcante Costa¹, Sue Christine Siqueira², Tainara Sardeiro de Santana³, Victor Augusto de Castro⁴
Objetivo: Analisar quais as expectativas que os acadêmicos de uma IES privada que já são técnicos em enfermagem têm ao cursar a graduação de enfermagem. Método: O estudo foi realizado em uma IES privada. A população foi composta por 50 acadêmicos que já cursaram técnico de enfermagem. Resultados: 54% dos acadêmicos entrevistados responderam que tem expectativas de ampliar as oportunidades no mercado de trabalho, 16% estão em busca da realização de sonho e 12% procuram adquirir conhecimento científico. Quanto aos que trabalham na área da saúde, 82% estão empregados. Conclusão: Ao refletir sobre este aspecto, a faculdade poderá criar estratégias para ingressar e/ou facilitar o acesso destes acadêmicos que tem procurado a área da saúde, especificamente, a enfermagem.



Descritores: Ansiedade, Bacharelado em Enfermagem, Mercado Objective: To analyze the expectations that the students of a private IES who are already technical in nursing have to attend the nursing graduation. Method: The study was conducted in a private IES. The population was composed of 50 academics who have already attended nursing technician. Results: 54% of the respondents answered that they have expectations of expanding opportunities in the labor market, 16% are seeking to achieve a dream, and 12% seek to acquire scientific knowledge. Of those working in the health area, 82% are employed. Conclusion: When reflecting on this aspect, the faculty could create strategies to join and / or facilitate the access of these scholars who have sought the area of health, specifically, nursing.

Descriptors: Anxiety, Bachelor of Nursing, Market * Extraído do Trabalho de Conclusão de Curso “Expectativas dos técnicos de enfermagem em relação a graduação em enfermagem”, Faculdade Estácio de Sá, 2017. 1

Mestre, Enfermeira, Professora de Departamento de Enfermagem da Faculdade Estácio de Sá. 2 Orientadora, Mestre, Enfermeira, Professora de Departamento de Enfermagem da Faculdade Estácio de Sá. 3 Co-orientadora, Mestre, Professora de Estágio da Faculdade Estácio de Sá. 4 Autor, Graduando em Enfermagem pela Faculdade Estácio de Sá.

REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO PERIOPERATORIO EM PACIENTES SUBMETIDOS A DUHAMEL-HADDAD: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Higor Siqueira da SILVA¹, Jordana Euzébio SILVA², Izabela Carvalho de ALMEIDA³, Sandra Maria da Fonseca DINIZ⁴, Laidilce Teles ZATTA⁵.

1. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. contatohigorsiqueira@gmail.com
2. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. jor.euzebio@outlook.com
3. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. bellaacda@hotmail.com
4. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. sandraucg@gmail.com
5. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. laidteles@hotmail.com



INTRODUÇÃO: O tratamento cirúrgico do megacólon chagásico a partir da técnica de Duhamel-Haddad passou por sucessivas modificações ao longo do tempo até chegar ao que é hoje. Isto é, decorrente de atualizações e adaptações geradas para sua utilização nos pacientes acometidos pela doença de Chagas, e especificamente o Megacólon Chagásico.¹ O paciente submetido a essa escolha de tratamento passa por um processo delicado para que atinja o objetivo final da colectomia parcial pela técnica de Duhamel-Haddad, e todo esse processo é diariamente acompanhado pela equipe de enfermagem.² Dessa forma questiona-se o quanto a enfermagem está preparada para assistir pacientes em Duhamel-Haddad. **OBJETIVO:** Relatar a experiência vivenciada na assistência junto a um paciente no pré e pós-operatório da cirurgia de Duhamel-Haddad, primeiro e segundo tempo. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de um relato de experiência dos acadêmicos de enfermagem durante a atividade teórico prática, em um hospital escola do município de Goiânia, no período de novembro de 2016. Buscou-se relatar os cuidados de enfermagem diante dos pacientes submetidos à cirurgia de Duhamel-Haddad a partir de uma observação não estruturada. **RESULTADOS:** No período pré-operatório o paciente encontrava-se em jejum de alimentos sólidos, fazendo ingestão de laxante e infusão de solução fisiológica na região anal, para que houvesse a limpeza total do cólon. No período pós-operatório do primeiro tempo, o paciente fez o uso de fraldas, manteve o coto umedecido com soro fisiológico, uma vez que a instituição não dispunha de vaselina, e foi orientado quanto a sua impossibilidade de sentar-se sobre o coto, além da dieta livre, após ausculta abdominal, com ruídos hidroaéreos presentes em todos os quadrantes. Foi realizado limpeza da ferida operatória com água e sabonete, e a mesma apresentava-se livre de sinais flogísticos, deiscências e secreção. Após o segundo tempo cirúrgico, paciente recebe alta no terceiro dia de pós-operatório, com evacuações pastosas presentes via retal, ausência de sinais de infecção e ferida operatória em bom aspecto. **CONCLUSÃO:** A ação da enfermagem no período pré e pós-operatório é de suma importância para a evolução do paciente. Por isso, é necessária reflexão crítica, científica e bem



embasada da equipe sobre a temática e conscientização quanto à importância e necessidade dos cuidados adequados garantindo maior segurança a esses pacientes hospitalizados. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Através da experiência relatada percebeu-se o quanto os cuidados de enfermagem, no acompanhamento do período perioperatório dos pacientes submetidos a técnica de Duhamel-Haddad, são capazes de fazer a diferença na assistência recebida pelo paciente, uma vez que, ele é preparado pela equipe de enfermagem, e encaminhado ao procedimento cirúrgico pela mesma equipe, e após a abordagem cirúrgica é novamente recepcionado e cuidado pela enfermagem.

REFERENCIAS

1. Garcia RLS et al. Tratamento cirúrgico do megacólon chagásico. Análise crítica dos resultados dos métodos operatórios. Acta Cir. Bras [online]. 2008;23 (1): 83-92.
1. Pedroso MA et. al. Tratamento Laparoscópico do Megacólon Chagásico pela Técnica de Duhamel Modificada. Experiência de 30 Casos. Rev bras de videocirurgia,2003; 1(2): 55-59.

CUIDADOS PALIATIVOS A PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS

Autores: Carminha Lopes da Silva MACEDO*, Michelly Dias SILVA*, Tatiane Ribeiro dos SANTOS*, Kênia Alessandra de Araújo CELESTINO**.

Instituição de Ensino/Origem: * Discentes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. ** Docente da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Endereço Eletrônico: missionariacarminha@gmail.com



Introdução: Ao longo da evolução humana, a percepção da morte foi se transformando e tomando uma proporção diferenciada na vida das pessoas. Cuidar de indivíduos com doenças terminais e seus familiares é uma atividade ou um modelo de atenção à saúde que vem sendo denominado “cuidado paliativo”⁽¹⁾. Os cuidados paliativos são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como cuidados ativos e totais do paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. Trata-se de uma abordagem de cuidado diferenciada, que propõe a melhora da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, através da avaliação e do tratamento adequados para aliviar a dor e os sintomas e proporcionar suporte psicossocial e espiritual⁽²⁾. Essa modalidade de assistência pode ser facilmente adaptada aos cuidados das pessoas portadoras de Aids, por se reconhecer que muitos aspectos dos cuidados paliativos são aplicáveis a partir do diagnóstico e durante todo o curso da doença, em conjunção com outros tratamentos, visando melhorar a qualidade de vida desses pacientes, com equilíbrio entre os aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Mesmo na era da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART), a HIV/Aids continua a ser uma doença grave, progressiva e que, potencialmente, causa risco de vida. Os pacientes com HIV/Aids avançada continuam a viver não somente com um risco de morrer da doença, mas também de doenças oportunistas (DO). Os cuidados paliativos ofertados ao paciente com HIV/Aids adotam os mesmos fundamentos básicos sugeridos pela OMS, em que se destacam a afirmação da vida e o reconhecimento da morte como um processo natural; a promoção do alívio da dor e outros sintomas; a integração entre as necessidades espirituais e psicológicas no cuidado dispensado ao paciente em fase de terminal; a implementação de suporte aos familiares durante o processo da doença, da morte e do luto. **Método:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado por acadêmicas de enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO), em uma unidade hospitalar em Goiânia, em março de 2017. Utilizou-se a metodologia da problematização⁽³⁾, sendo o processo de ensino e aprendizagem desenvolvido em cinco etapas: 1) Observação da realidade; 2) Levantamento dos pontos-chave; 3) Teorização; 4) Hipóteses de Solução e 5)



Aplicação à realidade. **Resultados:** Apontam que cuidar de pacientes com doenças crônicas exige muito mais que conhecimentos técnicos científicos requerem também compreensão e respeito pela individualidade de cada paciente e isto só é possível mediante a construção de relacionamento interpessoal de valorização do ser humano adoecido com o profissional que lhe oferece uma assistência humanizada mesmo sendo nos cuidados paliativos e não curativos. **Conclusão:** Ao finalizar este estudo conclui-se que cuidar de indivíduos portadores de doenças crônicas as quais requerem muito mais que simplesmente executar técnicas ou realizar procedimentos, é ter um olhar humano, de amor, respeito, carinho para com o paciente como também para com seus entes queridos. É oferecer um cuidado que atenda esse indivíduo em sua totalidade e integralidade, afinal de contas somos cuidadores e cuidar é uma arte que requer empatia, carisma e acima de tudo AMOR.

Referências

- 1 - Maciel, MGS. Definições e princípios. Cuidado Paliativo. São Paulo: Cremesp, 2008; p. 18-21
- 2 - Santana J, Campos AC, Barbosa B, et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. Rev. Bioethikos. 2009; 3(1);77-86.
- 3 - Berbel NAN. Metodologia da Problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. Semina: Ciências Sociais e Humanas. 1995 out; 16(especial): p. 9-19.

COMUNICAÇÃO INEFICAZ COMO FATOR CONDICIONANTE DE RISCOS, VULNERABILIDADE E AGRAVAMENTO AO PACIENTE HOSPITALIZADO – RELATO DE EXPÊRIENCIA



Alárroany Tácia Borges MOISÉS¹, Allyne Borges de SOUZA¹, Marina Brito LIMA¹, Pollyanna Alves de Oliveira COSTA¹, Laidilce Teles ZATTA², Simone vieira Toledo GUADAGNIN², Vanusa Claudete Anastácio Usier LEITE²

¹Discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)

²Doscentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)

RESUMO: Introdução: O ambiente hospitalar é visto como um lugar estressante, barulhento, com normas e rotinas próprias, no processo de hospitalização traz para os pacientes e seus familiares sentimento de insegurança que se acentuam quando estes pacientes possuem dependência para os cuidados básicos de enfermagem, como alimentação, higiene e mobilidade física¹. Habilidades de comunicação são essenciais ao profissional que convive com paciente, permitindo melhor acesso e abordagem à sua dimensão emocional uma vez essa abalada em decorrência seu atual estado de saúde². Sendo assim, questiona-se a falta de comunicação entre a equipe e pacientes como sendo um fator condicionante à riscos, vulnerabilidade e agravamento ao paciente hospitalizado. **Objetivos:** Relatar a experiência, a partir do desenvolvimento do Arco de Magueréz, vivenciada em um hospital escola a partir da observação da falta de comunicação entre equipe de enfermagem para com pacientes hospitalizados. **Descrição metodológica:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, procedente de um trabalho de atividade integradora VI do curso de graduação em Enfermagem, realizado em abril de 2017, em um Hospital Escola do Município de Goiânia. Para a realização da proposta foi seguido o método problematizador do Arco de Magueréz. **Resultados:** A partir da observação da realidade, realizada em um hospital escola do município de Goiânia, notou-se a falta de comunicação entre a equipe de enfermagem para com o paciente hospitalizado, gerando insegurança e medo, visíveis durante a visita técnica, a partir do qual emergiram os pontos-chave relacionados a comunicação e humanização na assistência. Para a teorização utilizamos literaturas, a qual



constatou que uma comunicação efetiva, tanto entre a equipe multiprofissional quanto com o paciente, além de evitar erros, favorece para uma melhor assistência e segurança do paciente³. Após esta etapa, foi proposto como hipótese de solução uma visita ao referido hospital com os membros e integrantes da Liga Acadêmica do Riso (LAR), e por fim a realização da intervenção com participação dos membros e integrantes da LAR no referido hospital, através de dinâmica interativa entre membros da LAR, enfermeiros e pacientes, utilizando atividades lúdicas como proposta de atividade integrativa complementar. **Contribuições para a enfermagem:** A comunicação entre a enfermagem e pacientes proporciona uma assistência mais humanizada, pautada na segurança do paciente, proporcionando o vínculo e ambiente mais acolhedor.

REFERÊNCIAS

1. Passos SSS, Sadiguskys D. Cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 out/dez; 19(4):598-603.
2. Araújo MMT, Silva MJP. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 121-9.
3. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação Efetiva no Trabalho em Equipe em Saúde: Desafio para a Segurança do Paciente. Cogitare Enferm. 2015 Jul/set; 20(3): 636-640.

PROJETO “CUIDANDO DE QUEM CUIDA”: RELATO DE EXPERIÊNCIA



Alexia Nunes BATISTA, Ana Clara Alves CAMPOS, Ana Claudia do Nascimento SOUZA, Ana Gabriela LACERDA, Leonora dos Santos Pereira BOMBONATI, Verônica Carrijo de FREITAS, Suelem Gomes MALAQUIAS.

Faculdade de Enfermagem Universidade Federal de Goiás FEN-UFG

alexianunes.b@gmail.com

anaclara_campos@hotmail.com

ananack5@hotmail.com

anagabilacerda@hotmail.com

leonorabombonati@hotmail.com

veronica.carrijo@gmail.com

sgmalaquias@gmail.com

Introdução: Na assistência ao indivíduo no contexto da Atenção Domiciliar, é imprescindível a abordagem ao cuidador, seja ele formal ou informal, com vínculo familiar ou não. No Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) proposto pelo Programa Melhor em Casa, do Ministério da Saúde (1) o cuidador responsável pelo indivíduo cadastrado, é a referência para os profissionais do SAD a fim de indicar condutas e orientações. Geralmente, esses cuidadores necessitam de esclarecimentos sobre os cuidados que devem realizar, além de suporte relacionado ao processo de adoecimento/morte/morrer (2). Assim, fazem-se necessárias atividades dos serviços de saúde que alcancem esses indivíduos de forma a promover acolhimento, capacitação e convivência, configurando, assim, espaço terapêutico de integração dos cuidadores entre si e o SAD.

Objetivo: Relatar a experiência da participação no projeto de extensão intitulado “Cuidando de quem cuida”. **Descrição metodológica:** Trata-se de um relato de experiência das atividades desenvolvidas pelo Projeto de Extensão cadastrado pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG), nas dependências da casa administrativa do SAD de Aparecida de Goiânia – Goiás. **Resultado:** Realizaram-se reuniões mensais com cuidadores dos indivíduos cadastrados no serviço. Este Projeto iniciou-se



em outubro de 2016 e encontra-se em andamento. Primeiramente, realizou-se planejamento anual das atividades com a equipe multidisciplinar do SAD, composta por equipe de enfermagem, médica, de psicologia e fisioterapia, além de gestores locais e a equipe da UFG (docentes de enfermagem e musicoterapia, acadêmicas de enfermagem). Responsabilizam-se pela condução das atividades, a cada reunião, uma especialidade da equipe do SAD e equipe da UFG. Entre os temas trabalhados, destacam-se reflexões acerca do papel de cuidador e de suas demandas de autocuidado e também informações sobre doenças crônicas não transmissíveis e administração de medicamentos. Nas reuniões utilizaram-se estratégias que possibilitaram a integração e o acolhimento dos envolvidos, com música e poema, exercícios de alongamento e relaxamento, além de abordagem problematizada. A maioria dos cuidadores participaram de forma ativa em todas as reuniões, com vários momentos de expressão das situações vividas com os indivíduos que cuidam, nas quais evidenciava-se a abrangência de demandas que apresentam mediante a complexidade dos cuidados que devem desempenhar, bem como no que se relaciona ao contexto social, o perfil clínico e de expectativa de vida dos indivíduos que cuidam. **Conclusão e contribuições/implicações para a Enfermagem.** Atividades como esta são necessárias à medida que o SAD é implementado. O vínculo do ensino e comunidade, mediante a configuração de projeto de extensão, pode contribuir para trocas valiosas sobre a dinâmica de assistência a essa população, bem como suporte teórico-científico e logístico proveniente da universidade. Para as acadêmicas envolvidas, esse trabalho auxilia no desenvolvimento de trabalhos em grupo, por enfermeiros, para promoção à saúde e atendimento integral à clientela. Fazem parte da equipe executora as acadêmicas da FEN/UFG: Joyce Souza Lemes, Camila da Silva Lemos, Marianna Constela, a musicoterapeuta Sandra Rocha, e as psicólogas do SAD : Ana Beatriz de Freitas Ribeiro e Patrícia Rigoni Dantas Baldi.

Referências.



1-Carvalho DP, Toso BRGO, Viera CS., et.al Ser Cuidador e as Implicações do Cuidado na Atenção. Tex e Cont enf. 2015; 24(2) 450-8.

2-Gaioli CCLO, Furegato ARF, Santos JLF. Perfil de Cuidadores De Idosos com Doença de Alzheimer Associado á Resilência. Tex e cont enf. 2012; 21(1) 150-7

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

CONTRACEPTIVOS ORAIS COMBINADOS E SUA ASSOCIAÇÃO AO TROMBOEMBOLISMO

¹ Acadêmica de Enfermagem na Universidade Salgado de Oliveira-UNIVERSO Goiânia. Jessycacardoso_13@hotmail.com

² Fisioterapeuta graduada pela UNIVERSO-Goiânia,

³ Enfermeira Docente da UNIVERSO-Goiânia

Ana Carla Pereira Alves da SILVA¹, Camilla Braz de MOURA¹, Jéssica Cardoso de ARAÚJO¹, Lyginna Crhistina Rodrigues MARQUES¹, Thamara Rocha CUNHA¹, Thaís Lorraine Cardoso de ARAÚJO² e May Socorro Martinez AFONSO³.

Introdução: Os anticoncepcionais combinados hormonais orais (ACHO) tem ação contraceptiva através de uma intervenção que realizam no eixo neuro-endócrino, interferindo diretamente sobre os mecanismos de feedback, causando um bloqueio gonadotrófico, principalmente do pico de LH e afetando a estimulação das gonadotrofinas sobre os ovários, assim, impedindo que haja ovulação¹. Por esse motivo são chamados de anovulatórios¹. Além disso, através do componente progestagênico, atuam sobre o muco cervical



tornando-o impenetrável pelo espermatozóide, e no endométrio, tornando-o hipotrófico, sem a possibilidade de ter a implantação do embrião¹. Esses efeitos são completamente reversíveis e, por isso, as mulheres que usam contraceptivos orais combinados retornam à fertilidade ao suspender o seu uso¹. Os ACHO são classificados de primeira à quarta geração conforme seu componente progestogênico. Aqueles que se originam da testosterona e da progesterona são os de primeira geração (noretisterona, acetato de megestrol e acetato de ciproterona), os de segunda geração também são derivados da testosterona (norgestrel e levonorgestrel), já os de terceira geração provém do levonorgestrel (desogestel, norgestimato e gestodeno) e por último, os originados da progesterona são de quarta geração (acetato de nomegestrol, trimegestone e drospirenona)². Entre as mulheres em todo o mundo na idade reprodutiva, cerca de 9% faz o uso de contraceptivos orais. Nos países desenvolvidos o percentual encontrado é 18% e no Reino Unido 28%³. O uso de ACHO é o método reversível mais utilizado pela população feminina brasileira (\pm 25%) para planejamento familiar². O tromboembolismo venoso (TEV) é um efeito adverso raro, porém grave do uso de ACHO¹. O que leva ao desenvolvimento de trombose pelo uso de ACHO são os estados de hipercoagulabilidade, que envolvem alterações dos vasos e do fluxo sanguíneo¹. Os fragmentos de trombos, conhecidos como êmbolos, podem se alojar nas artérias pulmonares através da corrente sanguínea, provocando a embolia pulmonar que corresponde a mais de 20% de risco de morte súbita como complicação de TEV⁴. **Objetivos:** Levantar e descrever junto a literatura a relação entre o uso de ACHO e TEV. **Descrição Metodológica:** Estudo de revisão narrativa, de nível descritivo com abordagem qualitativa. As buscas foram realizadas nos bancos de dados eletrônicos da Scientific Electronic Library On-Line (SCIELO), US Library of Medicine (PubMed), utilizando as palavras-chave: contraceptivo oral, tromboembolismo. Foram inclusas as publicações de 2011 a Maio de 2017 na sua integralidade, com literatura em língua portuguesa e inglesa. Dentre os critérios de exclusão foram descartados textos incompletos, artigos em outros idiomas e artigos que não contemplem a temática escolhida. **Resultados:** A trombose venosa é definida como um



desequilíbrio dos mecanismos da hemostase causando formação de trombo no lume das veias, considerando os seus fatores etiopatogênicos da tríade de Virchow, descrita em 1895 que são: estase venosa, alteração de fatores de coagulação, no sentido de hipercoagulação e lesão do endotélio venoso⁴. O risco de TEV nas usuárias de ACHO aumentam de 2 a 6 vezes⁴. Em um estudo realizado na Unifemas em 2004, com um grupo de 1000 voluntárias do sexo feminino, idade entre 18 a 45 anos, foi observado 28 casos de trombose venosa profunda (TVP) entre o 3º e 4º mês de uso de ACHO, ou seja, cerca de 2,6% dessa amostra desenvolveu TVP durante o estudo². A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou orientações referentes à segurança no uso de ACHO, baseada em evidências científicas⁵. Nessas orientações há contraindicações quanto ao uso de ACHO em mulheres obesas com Índice de massa corporal (IMC) ≥ 40 Kg/m², pois o risco de TEV aumenta de forma expressiva, além disso não devem ser utilizados em mulheres que apresentam episódio agudo de TEV, cirurgia maior com imobilização prolongada, trombofilias e história pessoal de TEV⁵. No caso de mulheres que apresentam história familiar de TEV de 1º grau com idade ≤ 45 anos, imobilidade (debilidade física) e aquelas que possuem IMC ≥ 35 Kg/m², deve ser dada a preferência a outros métodos contraceptivos⁵. A incidência de TEV em mulheres usuárias de ACHO é de 15-25 por 100.000/ano⁴. Um estudo bioquímico evidenciou que o plasma de mulheres que usam progestágenos de terceira geração (gestodeno e desogestrel) possui um estado pró-trombótico maior em comparação aos de segunda geração (levonorgestrel)¹. Isso se explica pelo fato de que os progestágenos de terceira geração estão relacionados ao desenvolvimento de resistência adquirida à proteína C ativada mais pronunciada e uma tendência de produzir níveis avançados de fatores de coagulação e níveis reduzidos de anticoagulantes naturais¹. No decorrer dos anos a dose de estrogênio foi diminuída gradativamente, na tentativa de diminuir os riscos tromboembólicos, entre outros, e também foi modificada a composição do progestagênio, para minimizar os efeitos colaterais androgênicos⁴. O enfermeiro deve se atentar quanto aos perigos ao prescrever um método contraceptivo, o mesmo deve possuir informações pertinentes



sobre os riscos e benefícios que os ACHO causam á saúde da mulher, deve identificar os efeitos adversos que ocorrem com o seu uso, identificar restrições concernente ao estado clínico da paciente, educar e informar sobre os métodos mais indicados para cada mulher². O uso de qualquer contraceptivo oral combinado foi associado com um acréscimo considerável do risco de TEV³. Os riscos foram, mais elevados aos contraceptivos orais combinados de novas preparações do que para os fármacos de segunda geração³. **Conclusão:** Conforme descrito, há extensa correlação entre o uso de ACHO e TEV e na conduta clínica, para escolha do método contraceptivo deve-se avaliar os riscos e benefícios através dos antecedentes pessoais (AP) e familiares (AF) da mulher, para rastreamento de trombofilias hereditárias em mulheres com AP ou AF de TEV⁴. Mulheres que possuem AP de TEV ou possível trombofilia hereditária, não devem fazer uso de qualquer anticoncepcional oral⁴. Os ACHO de 3º geração não devem ser prescritos para as mulheres que possuem risco para TEV como varizes, obesidade, presença de anticoagulante lúpico, doença oncológica, imobilidade ou traumatismo⁴. **Contribuições/implicações para Enfermagem:** Ter acesso ao método contraceptivo é tão importante quanto certificar que as mulheres recebam orientações sobre suas indicações, contraindicações e implicações do uso². O enfermeiro tem papel importante na atenção primária à saúde promovendo educação em saúde, tendo que disseminar seu conhecimento sobre os riscos e situações clínicas que podem influenciar no desenvolvimento de trombose venosa, esclarecer quais são os cuidados para o uso dos contraceptivos, e informar quais são os benefícios e malefícios que essa medicação pode causar no organismo, promovendo uma assistência de qualidade, atuando na prevenção de doenças que podem agravar a saúde da mulher ².

REFERÊNCIAS



1- Borges TFC, Tamazato APDS, Ferreira MSC. Terapia com Hormônios Sexuais Femininos e Fenômenos Tromboembólicos: uma Revisão de Literatura. Rev Ciênc Saúde. 2015 Jun; 5 (2): 1-11. Disponível em: <http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/334/256>

2- Silva ERD, Maribê RDDS, Lébeis A. Atuação do Enfermeiro Frente aos Fatores de Risco Para Trombose Venosa Profunda Nas Mulheres Em Uso de Contraceptivos Orais. NIP. 2016. Disponível em:
<http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/132614c9b37fed19d2caf211c72d62dc.pdf>

3 - Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of combined oral contraceptives and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. The BMJ. 2015 May 26; 350(h2135) 1-15. Available in: <<http://doi.org/10.1136/bmj.h2135>>

4- Lobo RA, Romão F. Hormonas sexuais femininas e trombose venosa profunda. Angiol Cir Vasc. 2011 Dez; 7(4): 208-214. Disponível em:
<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-706X2011000400003&lng=pt.>

5. Pacheco A, Machado A I, Costa A R, Lanhoso A, Cruz E, Palma F, et al. Consenso Nacional Sobre Contracepção. Sociedade Portuguesa Da Contracepção. 2011 Jan 15; 117 p. Disponível em: <http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11_11363_2.pdf>

INCIDÊNCIA DE DENGUE E PERFIL SANITÁRIO DO MUNICÍPIO DE MINAÇÚ-GO

Pontifícia Universidade Católica de Goiás



www.pucgoias.edu.br

Aline Bueno COELHO, Karla Prado de Souza CRUVINEL

INTRODUÇÃO: Atualmente a dengue configura-se como uma das principais doenças em saúde pública, caracterizada por uma elevada morbimortalidade. Sua associação com uma baixa infraestrutura sanitária, investimentos na eliminação do mosquito transmissor *Aedes aegypti* e as transformações climáticas, são objetos de intensa investigação científica. **OBJETIVOS:** Identificar a Taxa de Incidência de dengue no município de Minaçu-GO e o perfil sanitário da cidade. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata de um estudo retrospectivo, documental, que utilizou dados secundários disponíveis nas plataformas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS). Os dados levantados referem-se ao município de Minaçu-GO, localizado na região norte de Goiás. Foram estudados dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) para levantamento das condições de coleta de lixo do município e dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para identificação dos casos de dengue. Os períodos usados atenderam aos dados mais atuais disponíveis (2010 a 2012). A população residente foi identificada através dos dados disponíveis no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registrados no DataSus. **RESULTADOS:** O perfil sanitário de Minaçu no que se refere à coleta lixo das famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em Minaçu-GO, demonstram um aumento do lixo coletado de 83,13% para 84,67%, entre 2010 e 2012. De maneira inversamente proporcional, verificou-se um declínio no lixo queimado e depositado a céu aberto de 16,87% em 2010 para 15,33% em 2012. Percebe-se que entre 2010 e 2012 houve um declínio no lixo queimado de 1,15% e do lixo depositado a céu aberto, de 0,39%. Portanto são valores significativos, pois esses resíduos depositados de forma inadequada podem gerar diversos problemas de saúde na população local. Quanto à Taxa de



Incidência de Dengue, registraram-se valores de 16, 45,2 e 2,9 casos novos de dengue para cada dez mil habitantes, respectivamente, nos anos de 2010, 2011 e 2012. Percebe-se que na incidência apresentaram-se valores de acordo com as proporções da coleta de lixo em famílias cadastradas na ESF. Esta baixa incidência corrobora positivamente na relação estabelecida entre a melhoria das condições de coleta de lixo e o declínio da incidência da Dengue.

CONCLUSÃO: O aumento do percentual de lixo coletado é considerado resultado do desenvolvimento de Minaçu-GO, que repercute de forma positiva na saúde da comunidade. Quanto à Taxa de Incidência de dengue, observaram-se valores reduzidos quando comparado àqueles disponíveis na literatura, demonstrando que a prevenção associada a coleta adequada de lixo tem revelado resultados positivos. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A dengue é uma doença presente no Brasil, de caráter preocupante para a saúde e sociedade. O enfermeiro como atuador em todos os níveis de atenção à saúde é o mais próximo tanto do paciente como da população suscetível. Assim, o entrosamento dos estudos da população bem como de sua situação de saúde é essencial, pois as condições socioeconômicas revelam as dificuldades e carências do local ou região. Conhecê-las possibilita a identificação de seus determinantes e possíveis soluções e/ou estratégias de melhorias.

REFERÊNCIAS

1. Costa AIP, Natal D. Distribuição espacial da dengue e determinantes socioeconômicos em localidade urbana no Sudeste do Brasil. Rev Saúde Pública [internet]. 1998 [acesso em 2017 mai 10]; 32(3): 232-236. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v32n3/p232-236.pdf>
2. Araújo MR, Desmoulière SJM, Levino A. Padrão espacial da distribuição da incidência de dengue e sua relação com a variável renda na Cidade de Manaus, Estado do Amazonas, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude [internet]. 2014 [acesso em 2017 mai. 10]; 5(2): 11-20. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v5n2/v5n2a02.pdf>



3. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DataSus) [homepage na internet]. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) [acesso em 2016 mai. 6]. Disponível em:
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11639>

4. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DataSus) [homepage na internet]. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). [acesso em 2016 mai 6]. Disponível em:
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29878153>

5. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DataSus) [homepage na internet]. Censos (1980, 1991, 2000 e 2010), Contagem (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2012), segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio [acesso em 2016 mai 6]. Disponível em:
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=6942&VObj=h>
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/pop>

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA JUNTO A FAMÍLIA QUE PRESTA CUIDADOS PALIATIVOS

Fábio Rodrigues Bento¹, Telma de Goiás Brasil.²

¹Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira

²Enfermeira Especialista em Saúde Pública, Doutorando em Ciências da Saúde, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira

Contato: 25fabiobenrodrigues@gmail.com

Resumo: Cuidados paliativos e o cuidado ativo e total dos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos. O objetivo dos Cuidados Paliativos é atingir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e sua família. O enfermeiro ao relacionar-se com a família que



vivencia a existência de uma doença crônica como o câncer depara-se com uma experiência, no que diz respeito à necessidade de compreender e reconhecer a capacidade de enfrentamento dos envolvidos no processo de adoecer. A realização deste estudo destaca: Qual e o papel do enfermeiro nos cuidados paliativos? A comunicação é importante para fortalecer laços entre a família e o profissional de enfermagem? O objetivo deste estudo é descrever o papel do enfermeiro e a importância da comunicação entre o enfermeiro e a família, visando estabelecer laços para fortalecer o bem estar da família que presta cuidados paliativos. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura. A pesquisa foi realizada nos seguintes bancos de dados: BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), através dos sites de LILACS (Literatura Latina Americana em Ciências em Saúde), BIREME, SCIELO (*SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY*) e Manuais do Ministério da Saúde. Os periódicos utilizados foram publicados no período de 1991 à 2017. Foram pesquisados 35 artigos e utilizados 20 para a elaboração deste artigo. Espera-se que esse estudo contribua na realização de um cuidado mais humanizado, que a família seja incluída nos serviços de qualidade a assistência ao paciente com câncer terminal. Que a empatia prevaleça nos enfermeiros a fim de proporcionar qualificação para o acolhimento e a compreensão das necessidades humanas respeitando os princípios morais, éticos e bioéticos que regem a nossa profissão, e lembrar que a enfermagem é que identifica as necessidades reais do paciente e da família, pois somos nós que estamos próximos, e para isso é preciso que priorizemos o cuidado humanizado como a melhor forma de se prestar uma assistência de qualidade.

Palavras chaves: Cuidados Paliativos, Família, Assistência Humanizada, Enfermeiro.

Referências Bibliográficas



ALVES Everton Fernando : **A comunicação da equipe de enfermagem com o paciente em cuidados paliativos.** Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 34, n. 1, p. 55-62, 2013.

CARVALHO, Inaiá Maria Moreira de; ALMEIDA, Paulo Henrique de. Família e proteção social. **São Paulo em perspectiva**, v. 17, n. 2, p. 109-122, 2003

FERNANDES Maria Andréa ; EVANGELISTA Carla Braz; PLATEL Indiara Carvalho dos Santos ; AGRA Glenda; LOPES Marineide de Souza; RODRIGUES Francileide de Araújo: **Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal.** Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, 2013.

GOMES, Giovana Calcagno; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital:** uma perspectiva para a sua humanização. 2005

INABA, Luciana C.; SILVA, Maria JP; TELLES, Sandra CR. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 4, p. 423-9, 2005.



A SEGURANÇA DO PACIENTE RELACIONADA À PREVENÇÃO DE QUEDAS

Patrícia Lourenço de Carvalho FELIX¹; Milca Severino PEREIRA²; Adenícia Custodia Silva e SOUZA².

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

² Orientadoras, Professoras Doutoradas do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

INTRODUÇÃO: A cultura de segurança do paciente deve ser incentivada e discutida nos meios acadêmicos-científicos, por ser de grande importância frente ao cuidado e à relação profissional na atenção saúde-paciente. É fundamental a participação ativa de todos os setores que prestam assistência direta ou indireta ao paciente, incluindo gestores, para que se torne possível a compreensão dos riscos de queda intra-hospitalares¹. Entretanto, mesmo com todo o suporte teórico-científico que os profissionais recebem em suas formações, os erros na atenção ao indivíduo paciente ainda se sucedem no ambiente hospitalar. Esses erros que ocorrem durante a estadia do paciente na instituição de saúde são chamados de eventos adversos, que podem causar de leves a danos graves. Um evento adverso muito recorrente é a queda, seja ela da própria altura ou do leito, estando o paciente no quarto, banheiro ou em qualquer outro ambiente dentro da instituição de saúde. Ao analisar as consequências do evento queda ao paciente, um estudo identificou que em 30% dos casos houve ameaça à integridade física do paciente². É de responsabilidade dos profissionais da saúde assegurar que o paciente não sofra com eventos adversos durante sua permanência no ambiente hospitalar, portanto é necessário que estes profissionais reconheçam a magnitude do transtorno causado ao paciente vítima de queda, para que se atentem em prevenir que esse evento ocorra. A detecção das causas de quedas facilita a construção de medidas de prevenção, possibilitando a redução dos episódios, implicando na diminuição do sofrimento, incapacidade, morte e impacto social³. A identificação de grupos com maiores fatores de risco para queda permite redirecionar aos profissionais da saúde o planejamento de estratégias voltadas



para a segurança desses pacientes⁴. **OBJETIVO:** Analisar as publicações de enfermagem acerca da segurança do paciente relacionada à prevenção de quedas. **METODOLOGIA:** Estudo de revisão da literatura, das pesquisas publicadas no período de 2014 a 2016, acessadas nas seguintes bases de dados: SciELO - Scientific Electronic Library Online, LILACS - Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe, BIREME/OPAS/OMS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, e BVS – Biblioteca Virtual de Saúde. Os descritores utilizados foram: Segurança do paciente; Enfermagem; prevenção de quedas. Os critérios de inclusão foram: artigos na íntegra on-line; no idioma Português. Critérios de exclusão: Relatos de casos, documentos oficiais, capítulos de livros, teses, dissertações, notícias editoriais e textos não científicos. A análise dos dados foi realizada em duas etapas. A primeira, constituiu-se da identificação dos dados de localização do artigo, autores, título, ano e país de publicação, bases de dados e periódicos, nesta etapa foi utilizado um formulário para melhor organizar os artigos. Na segunda etapa foi realizada a análise dos artigos, exploração por meio de leitura crítica atendendo aos critérios de elegibilidade, objetivos, processo analítico e resultados obtidos. A discussão dos resultados obtidos está de forma descritiva. **RESULTADOS:** Foram identificadas 19 publicações que atenderam aos critérios de elegibilidade. Os estudos indicaram que os indivíduos mais susceptíveis a sofrer queda durante a internação são os pacientes idosos, com 60 anos ou mais, devido às alterações fisiológicas que a maior idade traz consigo, como visão e força muscular ineficientes. O período de maior ocorrência do evento é durante a noite, podendo ser por motivos de diminuição do número de profissionais presentes na instituição neste período. A maioria dos pacientes que sofreram queda estavam sob terapia medicamentosa, sendo os anti-hipertensivos e psicodélicos os mais comuns nos pacientes-vítimas. O período de internação também mostrou-se uma variável relevante, uma vez que, quanto maior o tempo de estadia do indivíduo na unidade, maior o seu risco de sofrer queda. A queda da própria altura é mais recorrente, seguida por queda do leito. O ambiente onde mais ocorreu foi o quarto, posteriormente seguido por queda no banheiro, registrados nos



estudos analisados. Os homens são os indivíduos mais afetados com o evento adverso. Um estudo⁵ destacou que os cuidados de enfermagem primordiais para reduzir o risco de quedas são: manter grades no leito, orientar paciente/família quanto aos riscos e prevenção de quedas, manter campainha ao alcance do paciente e manter pertences próximos ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A adoção de medidas que visem prevenir que o evento adverso ocorra, além de uma maior percepção da equipe de saúde frente à falha na atenção ao paciente, são necessárias para que o risco de queda seja limitado ao mínimo aceitável. Assegurar que a unidade de saúde seja um ambiente seguro, apresentando uma estrutura física que se adeque às peculiaridades de seus pacientes, é de responsabilidade dos gestores de cada instituição e também da equipe de saúde. Recomenda-se estudos acerca do evento queda para possibilitar discussões e aprofundamentos nas ações e medidas preventivas, bem como, obter indicadores de qualidade a serem adotados pelos serviços de saúde. **CONTRIBUIÇÕES PARA A**

ENFERMAGEM: A equipe de enfermagem enfrenta muitos desafios em seu cotidiano profissional, sendo os eventos adversos, como a queda, um deles. A missão do enfermeiro requer competência técnica e habilidades que possibilitem um fazer profissional de modo a promover um ambiente seguro aos pacientes que estão sob o seu cuidado, sob o cuidado da sua equipe. As pesquisas são fundamentais para instrumentalizar e indicar o melhor procedimento técnico/assistencial a ser adotado. As evidências científicas advindas das pesquisas são fundamentais para alicerçar a tomada de decisões nas condutas de prevenção e para o correto tratamento. Quanto ao problema da queda, as medidas preventivas são decisivas para se evitar que o quadro do paciente se agrave, e a equipe de enfermagem tem papel preponderante no processo preventivo. A avaliação do risco de queda representa uma ação a ser realizada pela equipe de enfermagem utilizando-se de protocolos com os indicadores de queda e deve-se, ainda, ser feita no momento da admissão do paciente e repetida diariamente até a sua alta. Recomenda-se a observação de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. As



instituições hospitalares estão cada vez mais preocupadas em garantir um atendimento de qualidade a seus pacientes. Um aspecto decisivo para o alcance deste propósito é a segurança do paciente. Implementar medidas de prevenção à exposição aos riscos, bem como aos danos decorrentes da assistência à saúde é de responsabilidade institucional e profissional.

REFERÊNCIAS

- 1- VACCARI, É; LENARDT, M.H; WILLIG, M.H; BETIOLLI, S.E; ANDRADE, L.A.S. Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.21, p.01-09. 2016. Disponível em:<
<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45562/pdf>>
- 2- LAUS, A.M; MENEGUETI, M.G; SANTOS, J.A; ROSA, P.D.P. Perfil das quedas em pacientes hospitalizados. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, São Paulo, vol.13, n.4, p.688-695. 2014. Disponível em:<
http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19234/pdf_250>
- 3- ALVES, A.H.C; PATRÍCIO, A.C.F.A; ALBURQUERQUE, K.F; DUARTE, M.C.S; SANTOS, J.S; OLIVEIRA, M.S. Ocorrência de quedas entre idosos institucionalizados: prevalência, causas e consequências. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, João Pessoa, v.8, p. 4376-4386. 2016. Disponível em:<
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4438>>



4- KALSING, A; OLIVEIRA, G.G; SILVA, I.S; NERIS, J.C.D; KNORST, M.R; URBANETTO, J.S. Análise de fatores de risco de queda em idosos internados em um hospital terciário no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, vol.13, n1, p.48-60. 2016. Disponível em:< <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/5733/pdf> >

5- LUZIA, M.F; ALMEIDA, M.A; LUCENA, A.F. Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na Nursing Interventions Classification. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, vol.48, n.4, p.632-639. 2014. Disponível em:< <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/107428/000943979.pdf?sequenc e=1>>

PROMOÇÃO DE CONTROLE AMBIENTAL ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ASMÁTICOS POR MEIO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA AÇÃO DA ENFERMAGEM

Juliana Chaves ARAÚJO¹, Geovanna Líscio PEREIRA², Isabela Cristine Ferreira FERNANDES³, Karina Machado SIQUEIRA⁴.

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. E-mail: juliana.chaves09@gmail.com.

² Enfermeira do Hospital Materno Infantil. E-mail: geovanna_liscio@hotmail.com.

³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. E-mail: isabela_cristine@hotmail.com.

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. E-mail: karinams.fen@gmail.com.

Introdução: A exposição inadequada do ambiente para um asmático acarreta na inalação de alérgenos e irritantes das vias aéreas, os quais provocam crises asmáticas⁽¹⁾. Desse modo o manejo correto da asma envolve, dentre outros,



controlar a doença a partir de cuidados com o meio ambiente. Para tal, tanto o asmático quanto seus cuidadores/família necessitam estar aptos para desempenharem tais ações protetivas^(2,3). **Objetivo:** Avaliar a adesão às medidas de controle ambiental entre crianças e adolescentes com asma em atendimento ambulatorial de enfermagem, apoiado em ações de educação em saúde. **Descrição metodológica:** Estudo retrospectivo, descritivo, de abordagem quantitativa, que utilizou prontuários como fonte de coleta primária dos dados, do período de 2008 e 2016. Foi realizado em um serviço de referência de atenção terciária e especializado ao atendimento à criança e adolescente asmático. A coleta foi pautada na obtenção dos fatores ambientais prejudiciais presentes na primeira consulta e aqueles presentes na consulta de retorno subsequente. **Resultados:** A amostra foi composta por 105 prontuários que atenderam aos critérios de elegibilidade. Dentre as orientações de enfermagem que objetivaram reduzir a exposição ambiental aos fatores irritantes e que apresentaram melhoras na consulta subsequente comparado à primeira consulta, destacam-se: redução no uso de produtos de limpeza (63,8% para 33,3%), o aumento no uso de capas impermeáveis no travesseiro (80% para 55,2%), a retirada de tapetes e carpetes (23,8% para 5,7%) e a troca do cobertor de lã (26,7% para 9,3%). **Conclusão:** Constatamos que ações de educação em saúde realizadas por meio de orientações não impositivas porém que considerem a realidade e contexto dos sujeitos, podem aumentar a consciência e influenciar favoravelmente as atitudes e conhecimentos relacionados ao manejo adequado da asma. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** Torna-se relevante a atuação de uma equipe multiprofissional, em que o enfermeiro pode assumir papel de educador e estimulador do pensamento crítico-reflexivo da criança e sua família, contribuindo para a mudança de hábitos que visem o controle da asma sobretudo no que se refere à vigilância ambiental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Holgate ST. Innate and adaptive immune responses in asthma. Nat Med 2012; 18(5):673-83.



2. GINA - Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. 2017. [cited 2017 Feb 16]. Available from: <http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>

3. SBPT - Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma – 2012. J Bras Pneumol. 2012; 38(supl.1):S1-46.

FENDA PALATINA EM LACTANTES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Amanda Damásio do CARMO¹, Ulisses Ferreira BARBOSA² Yure Junior da SILVA³
Andréia Gontijo da Silva SOUZA⁴, Maria Aparecida da Silva VIEIRA⁵

1. Pontifícia Universidade Católica de Goiás aamandamasio@hotmail.com,
2. Pontifícia Universidade Católica de Goiás ulissesferr@hotmail.com,
3. Pontifícia Universidade Católica de Goiás yure_junior@hotmail.com,
4. Pontifícia Universidade Católica de Goiás andreiagontijo2@gmail.com,
5. Pontifícia Universidade Católica de Goiás cidavi00@gmail.com

Introdução: a fissura labiopalatal é uma má formação congênita decorrente da falta de fusão do palato durante o período intrauterino, apresentando diversas alterações funcionais que desenvolvem - se de maneira disforme na face. A natureza das fissuras labiopalatais decorre da falta de coalescência dos processos maxilares, mandibulares e frontonasal no período embrionário ou no início do período fetal, considerando-se que a palatogênese começa no final da quinta semana e se completa somente na 12^a semana do desenvolvimento fetal, sendo o período mais crítico para a ocorrência de más formações de palato o que vai da sexta até o início da nona semana ¹. Estima-se um caso novo a cada 700 nascidos vivos e um total de 6.000 novos casos por ano no Brasil ². **Objetivo:** descrever um caso de má formação congênita, identificando as fissuras labiopalatais em lactente e as dificuldades vivenciadas pelo neonato e pela mãe durante a amamentação e ainda relatar os cuidados de enfermagem prestados a este paciente. **Descrição metodológica:** Trata-se de



um relato de experiência, elaborado a partir da realidade de estágio no qual se teve contato com uma criança portadora desta patologia, por graduandos em Enfermagem, no período de setembro a dezembro de 2016, durante visita técnica a um hospital infantil de Goiânia- GO, cujos dados foram obtidos pela aplicação do Método Charlez Maguerz. **Resultados:** lactente de 2 anos de idade incompletos, sexo masculino, cor branca. Portador de fissura labiopalatal, A criança foi alimentada através de sonda nasoentérica durante os três primeiros meses de vida e sempre apresentava episódios de desnutrição devido à dificuldade na alimentação e pela deficiência de informações por parte da mãe em relação a alimentação do filho. A criança estava com data previamente agendada para cirurgia de reparação da fissura. Realizamos orientações para a mãe em relação a amamentação e alimentação complementar, como a consistência de cozimentos dos alimentos, quantidade de refeições por dia, frequência das mamadas, entre outras informações, com intuito de contribuir com a nutrição da criança e minimizar os episódios de desnutrição, os quais eram comuns. Foram prestadas orientações, também, acerca de princípios de higiene oral e cuidados gerais com a criança. **Contribuições para a enfermagem:** O recém-nascido com fissura labiopalatal passa por dificuldades devido à malformação congênita, sendo o seu primeiro desafio a amamentação e a aceitação dos pais no convívio com a sociedade. O atendimento ao portador de fissura labiopalatal requer, além de treinamento técnico, habilidade e sensibilidade da equipe multidisciplinar, essencialmente dos profissionais de enfermagem, que necessitam ser habilitados a perceber e intervir na alimentação e também na dimensão biopsicossocial da criança e da família.

Palavras-chave: Fenda labiopalatal. Lactente. Enfermagem. Amamentação

REFERÊNCIAS



1-MOORE, K.L.; PERSAUD, T.V.N. Embriologia Clínica. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2004. Disponível em: < <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-24104>

2- SALYER KE. Early and late treatment of unilateral cleft nasal deformity. Cleft Palate Craniofac J. 29(6):556- 69, 1992. Disponível em: < [http://www.cpcjournal.org/doi/abs/10.1597/1545-1569\(1992\)029%3C0556:EALTOU%3E2.3.CO;2?code=acpa-premdev](http://www.cpcjournal.org/doi/abs/10.1597/1545-1569(1992)029%3C0556:EALTOU%3E2.3.CO;2?code=acpa-premdev)



A SEGURANÇA DO PACIENTE RELACIONADA À PREVENÇÃO DE QUEDAS

Patrícia Lourenço de Carvalho FELIX¹; Milca Severino PEREIRA²; Adenícia Custodia Silva e SOUZA².

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

² Orientadoras, Professoras Doutoradas do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

INTRODUÇÃO: A cultura de segurança do paciente deve ser incentivada e discutida nos meios acadêmicos-científicos, por ser de grande importância frente ao cuidado e à relação profissional na atenção saúde-paciente. É fundamental a participação ativa de todos os setores que prestam assistência direta ou indireta ao paciente, incluindo gestores, para que se torne possível a compreensão dos riscos de queda intra-hospitalares¹. Entretanto, mesmo com todo o suporte teórico-científico que os profissionais recebem em suas formações, os erros na atenção ao indivíduo paciente ainda se sucedem no ambiente hospitalar. Esses erros que ocorrem durante a estadia do paciente na instituição de saúde são chamados de eventos adversos, que podem causar de leves a danos graves. Um evento adverso muito recorrente é a queda, seja ela da própria altura ou do leito, estando o paciente no quarto, banheiro ou em qualquer outro ambiente dentro da instituição de saúde. Ao analisar as consequências do evento queda ao paciente, um estudo identificou que em 30% dos casos houve ameaça à integridade física do paciente². É de responsabilidade dos profissionais da saúde assegurar que o paciente não



sofra com eventos adversos durante sua permanência no ambiente hospitalar, portanto é necessário que estes profissionais reconheçam a magnitude do transtorno causado ao paciente vítima de queda, para que se atentem em prevenir que esse evento ocorra. A detecção das causas de quedas facilita a construção de medidas de prevenção, possibilitando à redução dos episódios, implicando na diminuição do sofrimento, incapacidade, morte e impacto social³. A identificação de grupos com maiores fatores de risco para queda permite redirecionar aos profissionais da saúde o planejamento de estratégias voltadas para a segurança desses pacientes⁴. **OBJETIVO:** Analisar as publicações de enfermagem acerca da segurança do paciente relacionada à prevenção de quedas. **METODOLOGIA:** Estudo de revisão da literatura, das pesquisas publicadas no período de 2014 a 2016, acessadas nas seguintes bases de dados: SciELO - Scientific Electronic Library Online, LILACS - Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe, BIREME/OPAS/OMS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, e BVS – Biblioteca Virtual de Saúde. Os descritores utilizados foram: Segurança do paciente; Enfermagem; prevenção de quedas. Os critérios de inclusão foram: artigos na íntegra on-line; no idioma Português. Critérios de exclusão: Relatos de casos, documentos oficiais, capítulos de livros, teses, dissertações, notícias editoriais e textos não científicos. A análise dos dados foi realizada em duas etapas. A primeira, constituiu-se da identificação dos dados de localização do artigo, autores, título, ano e país de publicação, bases de dados e periódicos, nesta etapa foi utilizado um formulário para melhor organizar os artigos. Na segunda etapa foi realizada a análise dos artigos, exploração por meio de leitura crítica atendendo aos critérios de elegibilidade, objetivos, processo analítico e resultados obtidos. A discussão dos resultados obtidos está de forma descritiva. **RESULTADOS:** Foram identificadas 19 publicações que atenderam aos critérios de elegibilidade. Os estudos indicaram que os indivíduos mais susceptíveis a sofrer queda durante a internação são os pacientes idosos, com 60 anos ou mais, devido às alterações fisiológicas que a maior idade traz consigo, como visão e força muscular ineficientes. O período de maior ocorrência do evento é durante a noite, podendo ser por motivos de



diminuição do número de profissionais presentes na instituição neste período. A maioria dos pacientes que sofreram queda estavam sob terapia medicamentosa, sendo os anti-hipertensivos e psicodélicos os mais comuns nos pacientes-vítimas. O período de internação também mostrou-se uma variável relevante, uma vez que, quanto maior o tempo de estadia do indivíduo na unidade, maior o seu risco de sofrer queda. A queda da própria altura é mais recorrente, seguida por queda do leito. O ambiente onde mais ocorreu foi o quarto, posteriormente seguido por queda no banheiro, registrados nos estudos analisados. Os homens são os indivíduos mais afetados com o evento adverso. Um estudo⁵ destacou que os cuidados de enfermagem primordiais para reduzir o risco de quedas são: manter grades no leito, orientar paciente/família quanto aos riscos e prevenção de quedas, manter campanha ao alcance do paciente e manter pertences próximos ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A adoção de medidas que visem prevenir que o evento adverso ocorra, além de uma maior percepção da equipe de saúde frente à falha na atenção ao paciente, são necessárias para que o risco de queda seja limitado ao mínimo aceitável. Assegurar que a unidade de saúde seja um ambiente seguro, apresentando uma estrutura física que se adeque às peculiaridades de seus pacientes, é de responsabilidade dos gestores de cada instituição e também da equipe de saúde. Recomenda-se estudos acerca do evento queda para possibilitar discussões e aprofundamentos nas ações e medidas preventivas, bem como, obter indicadores de qualidade a serem adotados pelos serviços de saúde. **CONTRIBUIÇÕES PARA A**

ENFERMAGEM: A equipe de enfermagem enfrenta muitos desafios em seu cotidiano profissional, sendo os eventos adversos, como a queda, um deles. A missão do enfermeiro requer competência técnica e habilidades que possibilitem um fazer profissional de modo a promover um ambiente seguro aos pacientes que estão sob o seu cuidado, sob o cuidado da sua equipe. As pesquisas são fundamentais para instrumentalizar e indicar o melhor procedimento técnico/assistencial a ser adotado. As evidências científicas advindas das pesquisas são fundamentais para alicerçar a tomada de decisões nas condutas de prevenção e para o correto tratamento. Quanto ao problema



da queda, as medidas preventivas são decisivas para se evitar que o quadro do paciente se agrave, e a equipe de enfermagem tem papel preponderante no processo preventivo. A avaliação do risco de queda representa uma ação a ser realizada pela equipe de enfermagem utilizando-se de protocolos com os indicadores de queda e deve-se, ainda, ser feita no momento da admissão do paciente e repetida diariamente até a sua alta. Recomenda-se a observação de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. As instituições hospitalares estão cada vez mais preocupadas em garantir um atendimento de qualidade a seus pacientes. Um aspecto decisivo para o alcance deste propósito é a segurança do paciente. Implementar medidas de prevenção à exposição aos riscos, bem como aos danos decorrentes da assistência à saúde é de responsabilidade institucional e profissional.

REFERÊNCIAS

6- VACCARI, É; LENARDT, M.H; WILLIG, M.H; BETIOLLI, S.E; ANDRADE, L.A.S. Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.21, p.01-09. 2016. Disponível em:<
<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45562/pdf>>

7- LAUS, A.M; MENEGUETI, M.G; SANTOS, J.A; ROSA, P.D.P. Perfil das quedas em pacientes hospitalizados. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, São Paulo, vol.13, n.4, p.688-695. 2014. Disponível em:<
http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19234/pdf_250>



8- ALVES, A.H.C; PATRÍCIO, A.C.F.A; ALBURQUERQUE, K.F; DUARTE, M.C.S; SANTOS, J.S; OLIVEIRA, M.S. Ocorrência de quedas entre idosos institucionalizados: prevalência, causas e consequências. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, João Pessoa, v.8, p. 4376-4386. 2016. Disponível em:< <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4438>>

9- KALSING, A; OLIVEIRA, G.G; SILVA, I.S; NERIS, J.C.D; KNORST, M.R; URBANETTO, J.S. Análise de fatores de risco de queda em idosos internados em um hospital terciário no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, vol.13, n1, p.48-60. 2016. Disponível em:< <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/5733/pdf> >

10- LUZIA, M.F; ALMEIDA, M.A; LUCENA, A.F. Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na Nursing Interventions Classification. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, vol.48, n.4, p.632-639. 2014. Disponível em:< <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/107428/000943979.pdf?sequenc e=1>>

ORIENTAÇÃO DO ENFERMEIRO AO PACIENTE HIV+ E AO SEU ACOMPANHANTE: UM RELATO EXPERIÊNCIA UTILIZANDO O ARCO DE CHARLES MAGUEREZ

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

www.pucgoias.edu.br

Aline Bueno COELHO, Gabryella Ribeiro PEIXOTO, Kênia Alessandra de
Araújo CELESTINO, Kimberly Ottoni de CARVALHO

Introdução: O estudo foi realizado por acadêmicas do sétimo ciclo do curso de enfermagem da Puc-Goiás, elaborado através da vivência do grupo na prática



da disciplina em hospital escola em Goiânia - Goiás. Dentro dessa experiência foi realizado o Arco de Margueret, o tema escolhido foi: Orientação do enfermeiro ao paciente HIV+ e ao seu acompanhante: um relato experiência utilizando o arco de Charles Magueret. Por meio deste observa-se a necessidade dos profissionais de enfermagem tenham conhecimento do que é o HIV (vírus da imunodeficiência humana), a importância da orientação para com os pacientes e acompanhantes, quanto ao tratamento domiciliar, ambulatorial, hospitalar, precauções bem como ter conhecimento sobre o impacto social e na saúde pública como um todo. **Objetivos:** Elaborar um instrumento de guia para os profissionais de enfermagem sobre as orientações necessárias para os pacientes e acompanhantes, como sugestão para aplicar no hospital escola do campo da prática. **Descrição metodológica:** Trata-se um relato experiência, realizado através da metodologia da problematização aplicada em um campo de prática hospitalar. Através da observação da realidade, analisando de forma crítica e levantando os pontos-chaves a serem trabalhados e teorização¹. A teorização é feita utilizando literaturas baseadas naquele assunto de forma didática, onde o leitor possa adquirir conhecimento sobre o tema¹. Após essa etapa são levantadas hipóteses de solução para aquele ponto trabalhado e posteriormente é realizada a aplicação à realidade¹. **Resultados:** A orientação é uma forma de nortear os pacientes e acompanhantes quanto às suas ações no contexto saúde/doença. A fim de que esta orientação alcance seu objetivo, é necessário que haja uma comunicação eficaz. Para que a orientação gere resultados é imprescindível que se crie vínculos com o paciente, gerando confiança do mesmo para com o enfermeiro^{2,3}. É cogente ouvir e falar no momento certo, para que haja um diálogo. Conhecer o contexto em que o mesmo está inserido bem como suas concepções e seu estado psíquico e espiritual são instrumentos necessários para auxiliar na orientação. A orientação dialogada neste cenário precisa gerar comprometimento do paciente, tendo em vista que deve ser transmitido (de forma verbal e não verbal) do profissional para o paciente a confiança nesse comprometimento, como um acordo^{2,3}. Para se comunicar com o paciente e seus acompanhantes o enfermeiro necessita utilizar uma linguagem que os



mesmos entendam claramente, deixando os termos técnicos e aderindo a termos populares de maior compreensão². O paciente HIV+ e seus acompanhantes carecem de educação em saúde, pois muitos têm conhecimentos superficiais sobre a doença³. Quando esses pacientes se deparam com a realidade, precisam saber de forma aprofundada e detalhada sobre o tratamento, sendo informados que poderão ocorrer reações adversas aos medicamentos³. Porém deve-se enfatizar a conscientização a cerca da importância de seguir corretamente o tratamento³. É necessário que a equipe de enfermagem estabeleça um bom relacionamento com o acompanhante do paciente, sendo que neste cenário é essencial obter confiança do mesmo, pois ele pode ser coadjuvante para a saúde do paciente⁴. A equipe precisa ouvi-lo, compartilhar a importância do cuidado, e integrá-lo no plano de cuidados⁴. Segundo Squassante e Alvim⁴ ao integrar o acompanhante no cuidado “favorece o desenvolvimento do potencial do familiar no cuidado [...] e colabora com o trabalho da equipe junto ao cliente e com desenvolvimento de relações menos conflituosas”. É interessante que o familiar/acompanhante participe de forma ativa, possibilitando assim que o profissional identifique como essas orientações estão sendo compreendidas podendo assim cooperar com assistência de enfermagem e colaborando no planejamento das orientações⁵. A orientação é importante no âmbito de reduzir custos, tanto privado como públicos, pois o paciente terá menor tempo de internação e a instituição terá menor índice de infecção hospitalar⁵. As estratégias de orientação e informações quanto ao HIV/AIDS e precauções tem um impacto positivo na saúde pública e da comunidade como um todo. De acordo com a realidade presenciada e com a revisão bibliográfica realizada, evidenciou-se que se tem uma necessidade que estratégias sejam elaboradas a fim de aprimorar a eficácia das orientações repassadas aos pacientes e acompanhantes. Refletindo sobre isso, elaborou-se um instrumento de guia para os profissionais de enfermagem sobre as orientações necessárias para os pacientes e acompanhantes. **Conclusão:** O HIV+ e doença infectocontagiosa são termos que geram impacto na comunidade, porém os pacientes e acompanhantes são pouco orientados a respeito, cabendo aos profissionais de saúde, inclusive o



enfermeiro – o profissional mais próximo do paciente, serem norteadores de informações importantes para essa comunidade. Essas estratégias vêm se tornando um desafio para os profissionais, pois os mesmos tem que escolher qual a melhor forma de abordagem para informá-los sobre os cuidados que necessitam ter dentro de um ambiente hospitalar, quanto ao contágio e às possíveis contaminações que possam adquirir com o uso errado do EPI ou a sua não utilização. Para devolução foi elaborada uma carta formalizada destinada a chefia de enfermagem do hospital escola em que foi realizada a prática, onde nesta continha uma solicitação para que a mesma aceite as sugestões contidas no guia para os profissionais de enfermagem sobre as orientações necessárias para os pacientes e acompanhantes.

Contribuições/implicações para a enfermagem: Verificou-se que há uma necessidade evidente na troca de informações entre enfermeiro, paciente e acompanhante. Destaca-se também a necessidade de haver o lado mais humanizado nas relações que existe dentro de um hospital. Pensando em humanização, na assistência e no ambiente hospitalar, percebe-se que há uma necessidade que esse paradigma seja implantado desde a graduação, para que o enfermeiro tenha mais facilidade em se comunicar com seus pacientes e acompanhantes, para que seja possível obter confiança do próximo, permitindo que haja maior receptividade do paciente e seu acompanhante às orientações da equipe. O instrumento feito como guia oferece um conteúdo resultante da observação de um ponto de vista diferente dos profissionais. Neste cenário a apresentação de um olhar diferenciado proporciona aos enfermeiros inseridos naquela rotina a terem uma autorreflexão. O guia é uma sugestão que o hospital pode ou não aderir, não é imposto uma mudança, a mesma é instigada. Os manuais são elaborados, mas é previsto que haja mudanças para que se aprimore o seu conteúdo estratégico, afim que garanta uma boa assistência aos pacientes e boas condições de trabalho para os profissionais envolvidos. Boas condições de trabalho promovem uma boa assistência e garante a segurança do paciente.



Referências

1. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. In Seminário: Ciências Sociais e Humanas. Rev Semina: Ciências Sociais e Humanas [internet]. 2011 [acesso em 2017 fev. 25]; 32: 25-40. Disponível em:
<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326/10999>
2. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev Esc Enferm [internet]. 2008 [acesso em 2017 fev. 27]; 42: 48-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/07.pdf>
3. Isoldi DMR, Carvalho FPB, Simpson CA. Análise contextual da assistência de enfermagem à pessoa com HIV/AIDS. Rev Fund Care Online [internet]. 2017 [acesso em 2017 fev. 28]; 9(1): 273-278. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.273-278>
4. Squassante ND, Alvim NAT. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. Rev Bra de Enf [internet]. 2009 [acesso em 2017 fev. 28]; 62(1): 11-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/02.pdf>
5. Rabelo AHS, Souza TVO. O conhecimento do familiar/acompanhante acerca da precaução de contato: contribuições para a enfermagem pediátrica. Esc Anna Nery Ver Enf [internet]. 2009 [acesso em 2017 fev. 28]; 13(2): 271-278. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715322006.pdf>

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE COLECISTECTOMIA ABERTA COM DRENAGEM DE ABSCESSO HEPÁTICO - RELATO EXPERIÊNCIA.

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

www.pucgoias.edu.br

Aline Bueno COELHO¹, Elizangela da Silva CARDOSO¹, Izabella Carvalho de ALMEIDA¹, Rayana Gomes Oliveira LORETO², Laidilce Teles ZATTA³



1. Acadêmicas de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.
2. Docente da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Doutoranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.
3. Docente da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Doutoranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Enfermeira da Secretaria Municipal de Goiânia.

INTRODUÇÃO: É importante que o enfermeiro tenha conhecimento de todo o processo que levou a ocorrência da terapêutica cirúrgica do paciente, fatores causais da patologia de base e doenças crônicas, bem como sua avaliação socioeconômica, cultural e psicológica, amparada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem. Sendo assim questiona-se: existe a sistematização da assistência de enfermagem aos pacientes em pós-operatório de colecistectomias? Uma vez que, essa cirurgia tem sido muito realizada no local do estudo. **OBJETIVOS:** Relatar a experiência do desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem no pós-operatório de colecistectomia aberta com drenagem de abscesso hepático. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de uma estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido por acadêmicas e docentes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), no mês de novembro de 2016, em uma instituição hospitalar filantrópica de Goiânia, através da prática hospitalar do Eixo Temático Saúde do Adulto II - O Cuidar nos Processos Cirúrgicos. É arremetida a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) dentro de um cenário de clínica cirúrgica, em pacientes em pós-operatório de colecistectomia aberta com drenagem de abscesso hepático. Utilizou-se das seguintes técnicas de coleta de dados: relatórios do estágio, observação estruturada (pesquisador participante), participação nas atividades clínicas, análise da estrutura de atendimento da equipe de enfermagem e seus métodos utilizados (SAE), revisão da literatura disponível a cerca de Sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório de colecistectomia aberta com



drenagem de abscesso hepático (livros, artigos, manuais, etc). Não foram utilizados dados pessoais, apenas aqueles de interesse clínico e fisiopatológico. **RESULTADOS:** O paciente de clínica cirúrgica chega a esse ambiente devido ao procedimento que será realizado, seja ele devido a morbidade aguda, causas externas ou algum reparo no organismo. O quadro clínico trabalhado é a colecistite aguda pode ser de origem litiásica ou não, porém na maioria dos casos a inflamação é originada por cálculos. O atrito desses cálculos na parede interna da vesícula biliar causa um processo inflamatório, podendo levar a um quadro infeccioso, com presença de secreção purulenta¹. O procedimento cirúrgico indicado para esse quadro agudo é a colecistectomia com drenagem de abscesso hepático, que se é remoção da vesícula biliar, que neste caso foi por meio de via aberta (laparotomia – abertura do abdômen)¹. Devido ao abscesso hepático, foi necessária a inserção do dreno nas vias biliares extra-hepáticas para drenagem dessa secreção. Na SAE há uma dinâmica das ações sistematizadas e seu inter-relacionamento de suas fases, que englobam o todo do paciente, partindo do seu individualismo, família e comunidade. Além disso, é avaliado constantemente suas ações, sendo sempre possível realizar alterações nesse processo, desde como coletar os dados (abordagem ao paciente) até nas ações (implementação)². Em cada ambiente de saúde a forma em que se realiza a SAE se diferencia, pois além do estado individual do paciente será de suma importância entender em que contexto ele está inserido. Um paciente em pós-operatório de colecistectomia encontra-se em um ambiente de clínica cirúrgica, onde estará a maior parte de seu tempo em contato com os cuidados de enfermagem. É necessário que se estabeleça a SAE específica para pacientes em pós-operatório de forma geral³ e com especificidades voltadas para colecistectomia com drenagem de abscesso hepático, atendendo as individualidades de acordo com o estado clínico. A SAE para o paciente em período perioperatório é nomeada SAEP (Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória)³. A SAEP é um método de sistematizar a assistência Peri operatória, de forma que garanta a continuidade da assistência em todas as unidades que o paciente cirúrgico for conduzido. Será avaliado o



quadro do paciente e a complexidade do procedimento anestésico-cirúrgico realizado, para realizar um plano de cuidados individualizado para aquele período⁴. Com base na realidade e atendendo a literatura atual, realizou-se um quadro com três diagnósticos de enfermagem e a partir desse foi escolhido um para realizar o plano de cuidados, sistematizando a assistência de enfermagem. O diagnóstico escolhido foi: *Risco de infecção relacionado a procedimento invasivo*⁵. O plano de cuidados foi feito considerando a prevenção de possíveis complicações. O formato do plano consiste em um quadro, contendo: diagnóstico, meta, objetivos, prescrições de enfermagem e aprazamentos. No pós-operatório é fundamental que haja orientações para o paciente bem como para os familiares e/ou acompanhantes, reforçando as orientações já realizadas no pré-operatório, enfatizando o autocuidado não somente na instituição hospitalar, mas também no domicílio do paciente³. Instigar o mesmo irá prevenir que haja complicações tardias, pois se espera que se identifiquem precocemente possíveis alterações tanto sistêmicas como locais (sítio cirúrgico). **CONCLUSÃO:** Se tratando de um quadro de pós-operatório, a SAE é caracterizado com SAEP, onde, como citato anteriormente, devem-se seguir as etapas de cuidados, bem como de orientações em todos os períodos do perioperatório⁴. Neste cenário é imprescindível que haja a comunicação clara e concisa das unidades por onde o paciente irá passar, para que haja a continuidade correta dos cuidados. Os problemas ou evidências devem sempre ser reavaliados, bem como os fatores de risco. O método de estudo de caso proporcionou conhecimento e ajudou na percepção ampliada da realidade, bem como das probabilidades que aquele procedimento levar, tanto no âmbito da reparação de uma alteração do organismo bem como das complicações que o mesmo pode ocasionar, auxiliando na elaboração de uma SAE eficiente. O instrumento de plano de cuidados elaborado nas vivências de práticas citado nesta obra será disponibilizado para fins científicos. Esse modelo poderá ser passivo de alterações e adaptações. **CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Para realizar a SAE é essencial conhecer o quadro clínico, o procedimento a qual foi submetido, o conhecimento científico de enfermagem bem como a habilidade e



a prática desse conhecimento, para se aplicar à realidade do paciente. A SAE é importante para o campo de pesquisa, para realizar ciência formal ou positiva, pois se trata de um fenômeno real que deve ser passível de experimentação, se enquadrando em três tipos de ciências ao mesmo tempo: hermenêutica, empírico-formal e a física². É necessário que o enfermeiro entenda seu papel e funções no período pós-operatório do seu paciente e autonomia em sua assistência oferecida. A SAE é utilizada como uma ferramenta para a enfermagem ser mediadora entre o paciente e o alcance do bom prognóstico. Com essa ferramenta é possível garantir uma assistência de enfermagem de qualidade, pois proporciona a organização sistematizada. O relacionamento da equipe se torna estruturada em um modelo que todos profissionais são colaboradores da assistência. É necessário ter uma comunicação coerente, garantindo que as informações sejam repassadas para envolvidos naquele cenário, permitindo um bom planejamento das ações desde a chefia geral até ao executor da assistência.

REFERÊNCIAS

1. Goffi FS, Tolosa EMC, Guimarães JS, Margarido NF, Lemos PCP, Júnior JG, et al. Técnica cirúrgica. 4 ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2007.
2. Horta VA, Castellanos BEP. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
3. Lemos CS, Suriano MLF. Desenvolvimento de um instrumento: metodologia de ensino para aprimoramento da prática perioperatória. Rev SOBECC [Internet]. 2013 [acesso em 2016 out 20]; 18(4): 57-69. Disponível em: http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2014/pdfs/revisao-de-leitura/Ano18_n4_out_dezet2013-8.pdf
4. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Práticas recomendadas da SOBECC. 6 ed. São Paulo, SP: Manole; 2013.



5. Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2015-2017. Porto Alegre, RS: Artmed; 2015.

IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM UMA UNIDADE HOSPITALAR

Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia (GO), Brasil

<http://www.pucgoias.edu.br/>

Doraci Almeida SOARES

Carlizana Sousa CAVALCANTE

Gabriela Sousa BORGES

Rayssa Karoline Soares dos SANTOS

Raquel Stefanny Gonçalves da SILVA

Karla Prado de Souza CRUVINEL

Silvia Rosa TOLEDO

Introdução: A identificação do paciente é um dos protocolos que compõe o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pelo Ministério da Saúde em 2013. Este protocolo, assim como os demais, visa qualificar o serviço em saúde, oferecendo um cuidar seguro e voltado ao bem estar de todos. **Objetivo:** Conhecer o Protocolo de Identificação do Paciente instituído em um hospital de grande porte da cidade de Goiânia-GO. **Descrição metodológica:** Foi utilizada a metodologia descrita pelo Arco de Maguerez, enquanto estratégia de ensino da Metodologia da Problematização (MP), mediante a observação da realidade de um hospital de grande porte do estado de Goiás. Foi utilizado um roteiro observacional semi-estruturado, que visou



conhecer o Protocolo de Identificação do Paciente nesta instituição, bem como uma entrevista semiestruturada com a coordenação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da unidade estudada. **Resultados:** Dentre os inúmeros pressupostos do Protocolo de Identificação do Paciente implementado na instituição, foi observado que a pulseira de identificação do paciente utilizada é feita de material resistente e é trocada a cada sete dias, segundo a coordenação do NSP. Foi identificado à necessidade de continuidade da implementação do protocolo de identificação do paciente, pois encontra em fase de estruturação e possui necessidades a serem supridas e requer formação contínua, capacitação e educação continuada. Há um reconhecimento crescente da importância da cultura de segurança do paciente, e alcançá-la requer um entendimento de valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados. **Conclusão:** A cultura da segurança do paciente está focada principalmente na exploração do déficit da organização, comunicação e habilidades pessoais como também a relação entre as atitudes de segurança e desempenho da equipe. **Contribuições/implicações para a Enfermagem:** O processo de identificação do paciente deve garantir que o cuidado seja prestado à pessoa de forma segura e eficaz. Sua implementação, garantirá qualidade na assistência de enfermagem.

Referências:

Silva AT, Terra FS, Dázio EMR, Sanches RS, Resck ZMR. Os enfermeiros e a segurança do paciente na práxis hospitalar. *Cogitare enferm.* 2016 [acesso em 2016 nov 12]; 21(5). Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45550/pdf>

Silva CMFG, Barroso FFM. Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Rev Port Saúde Pública.* 2014 [acesso em 2016 nov 12];



32(2): 197-205. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902514000509>

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de identificação do paciente. 2013[acesso em 2016 nov 12]; Disponível em: [file:///C:/Users/ADM/Downloads/prot_identificacao_do_paciente%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ADM/Downloads/prot_identificacao_do_paciente%20(1).pdf)

ANTICONCEPCIONAL ORAL SEM TRIAGEM: ACOMPANHAMENTO DO ENFERMEIRO REDUZINDO CASOS DE TROMBOFILIAS

Gabriela Eiras ORTONI, Edicássia Rodrigues Morais de CARDOSO, Lorena Gonçalves LEAL, Sue
Christine SIQUEIRA

Faculdade Estácio de Sá – FESGO

gabi_eiras@yahoo.com.br

Introdução: Os anticoncepcionais orais são comprimidos compostos por hormônios semelhantes aos produzidos nos ovários, estrogênio e progesterona que prepararam o útero para um possível período gestacional, agindo no eixo-endócrino, impedindo que o ovário seja estimulado pelas gonadotrofinas, e não ocorra a ovulação¹. As trombofilias podem ser identificadas em metade dos indivíduos com trombose venosa, onde se observa casos de jovens com menos de 35 anos, sem um fator de risco específico, usuárias de anticoncepcionais desenvolvendo doenças apresentadas comumente em idosos, o que poderia justificar a pesquisa genética para fatores de coagulação². **Objetivos:** Analisar a relação das doenças tromboembólicas em mulheres que usam anticoncepcionais. **Métodos:** Estudo transversal e descritivo, realizado com 710 mulheres usuárias de anticoncepcionais orais, que desenvolveram algum evento tromboembólico de forma idiopática, com idade entre ≥ 18 anos e ≤ 50 anos que estiverem no período reprodutivo e que concordarem em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão utilizados foram usuárias de anticoncepcionais injetáveis, mulheres sem histórico de evento tromboembólico recentes e mulheres fora do período reprodutivo. Através de um questionário estruturado, elaborado pelas pesquisadoras e disponibilizado no



formulário do Google.docs. **Resultados:** Verificou-se a ocorrência de um equilíbrio entre os dados percentuais das idades entre 25 a 34 anos com 54,7%, as profissionais que foram mais acometidas foram as que permaneciam muito tempo em pé com professoras e profissionais da saúde com 15%, profissionais que trabalham com a beleza com 16,7%. O fator de risco foi o uso de anticoncepcional com 64%. Os anticoncepcionais com maior uso foram os de terceira e quarta geração, o tempo de uso variou de menos de um ano até dez anos de uso, 88,7% dos anticoncepcionais foram receitados pelos ginecologistas. Os eventos tromboembólicos que mais acometeram as mulheres foram nos membros inferiores esquerdos sem sequelas representando 168 e 154 nos membros inferiores direitos sem sequelas. Desses eventos tromboembólicos 70,6% não deixaram sequelas e 29,4% com sequelas como dor no membro, edema, dispneia. Apenas 63% conseguiram realizar os exames para trombofilia, as mutações mais evidenciadas foram metilenotetrahidrofolato, SAFF e fator V de Leiden. **Conclusão:** Identificou-se que o profissional de enfermagem tem um papel importante em realizar as orientações sob a prescrição do anticoncepcional e reduzir os casos de tromboembolismo, informando as possíveis usuárias sobre os reais riscos que poderão estar expondo-se, principalmente as que desconhecem a sua mutação trombofilica. Os contraceptivos possuem uma ampla relação para desencadear a doença, principalmente as mulheres que utilizavam há anos este método por via oral e que possuíam os fatores de risco que podem ser modificados. **Implicações para a enfermagem:** Devido as dificuldades burocráticas de conseguir uma consulta pelo SUS e também pela falta do profissional médico ginecologista, o profissional enfermeiro assume o papel de prescrever o método contraceptivo oral, devendo salientar a importância dos esclarecimentos sobre os riscos e benefícios que podem trazer para o organismo, possibilitando a sua autonomia para escolher o método mais adequado para o seu estilo de vida.

1. FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de orientação em anticoncepção. Marta Finotti, São Paulo. p. 8 – 11. 2015.
2. FONSECA, Ana Glória; AMARO, Mário; Trobofilias: importância do seu estudo na patologia tromboembólica. *Medicina Interna*, Alameda – Portugal, outubro/dezembro 2008, volume 15, nº 4, p. 284-290. 2008.

A UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO NO ENSINO DA HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



Carminha Lopes da Silva Macedo*, Michelly Silva Dias*, Núbia Phalon de Oliveira*, Sarah Ingrid Lima Soares*, Sergiane Bisinoto ALVES**, Gleydson Ferreira de Melo***, Sílvia Rosa de Souza TOLEDO***,

*Discentes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

**Doutora em enfermagem. Docentes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

***Mestres em enfermagem. Docentes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Endereço eletrônico: missionariacarminha@gmail.com

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema ⁽¹⁾. Entre os seus princípios, destaca-se a humanização⁽¹⁾. Apesar da constituição legal, muitas vezes este princípio não é observado na prática nos estabelecimentos de saúde. Este fenômeno é constantemente observado pelos acadêmicos, durante as práticas clínicas neste locus de atenção. A promoção da humanização do atendimento envolve uma diversidade de fatores políticos e institucionais, mas também proatividade dos profissionais no cuidar diário. Refletir criticamente e compreender os fatores contribuintes para a não adesão à política de humanização pode subsidiar a adoção de estratégias de ação eficazes para a mudança destes cenários e subsidiar pedagogicamente a formação de futuros profissionais de saúde. A utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem favorece a observação, reflexão e tomadas de atitudes conscientes para a execução das mudanças necessárias. Diante disto, objetiva-se relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem sobre a utilização da metodologia da problematização na aprendizagem para a humanização na assistência de enfermagem na APS. **Método:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado por acadêmicas de enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, em uma unidade de APS em Goiânia, em março de 2017. Utilizou-se a metodologia da problematização⁽²⁾, sendo o processo de ensino e aprendizagem desenvolvido em cinco etapas: 1) Observação da realidade; 2) Levantamento dos pontos-chave; 3) Teorização; 4) Hipóteses de Solução e 5)



Aplicação à realidade. A observação da realidade foi realizada por 20 horas e subsidiou o levantamento dos principais problemas. A 3ª etapa representou o momento de dispersão onde cada acadêmico fez buscas na literatura e leituras para auxiliar na compreensão dos pontos levantados na etapa anterior. A 4ª etapa foi realizada em grupo e representou o momento de socialização do apreendido e, por meio das discussões, o grupo sintetizou e construiu conhecimento que os permitiu elaborar soluções a serem aplicadas nessa realidade. A aplicação à realidade- 5ª etapa envolverá a participação dos trabalhadores e gestores da Unidade. **Resultados:** Os acadêmicos perceberam fragilidade na humanização do atendimento, por parte de alguns profissionais do serviço. Entre os pontos-chave levantados, destacaram-se: a falta de acolhimento no atendimento aos usuários; carga horária exaustiva; profissionais desmotivados e diálogo e interação multiprofissional incipiente. As hipóteses de solução elencadas foram: propor roda de conversa com os profissionais, com abordagem sobre a importância da humanização do atendimento e confeccionar um banner sobre a temática. Estas estratégias serão discutidas com os gestores e profissionais do serviço. **Conclusão:** Nesse processo os acadêmicos refletiram sobre a realidade, construíram conhecimento, adquiriram habilidades técnicas e de relacionamento que gerou atitudes proativas para a transformação da realidade observada e aprimoramento na sua formação. A utilização da metodologia da problematização proporcionou a sensibilização dos acadêmicos, da gestão e dos trabalhadores da Unidade quanto à importância da humanização do atendimento na APS e propiciou reflexão, conscientização e proatividade. **Contribuições e implicações para a enfermagem:** A consolidação do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a importância da humanização visa garantir assistência de enfermagem consciente, qualificada e individualizada.

REFERÊNCIA

- 1- Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2012).
- 2- BERBEL N. Metodologia da Problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. Ci.Soc./Hum. 1995 out; 16(especial): p. 9-19.



TRATAMENTO TÓPICO BIOLÓGICO COMO PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR EM PESSOAS COM FERIDAS CRÔNICAS

Camila da Silva LEMOS, Alexia Nunes BATISTA, Ana Clara Alves CAMPOS,
Ana Gabriela LACERDA, Joyce Souza LEMES, Suelen Gomes MALAQUIAS

Faculdade de Enfermagem Universidade Federal de Goiás

camila.slemos@hotmail.com

Introdução: Feridas crônicas são consideradas problemas de saúde pública. Assim, como o tratamento de feridas é umas das atribuições do enfermeiro, faz-se necessário que esse tenha conhecimento teórico-científico para cuidar das lesões¹. Para tal, as Práticas Integrativas e Complementares foram empregadas através da aprovação, em 2006, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)², trazendo a acupuntura, homeopatia, medicina antroposófica, fitoterapia e crenoterapia como forma de prevenção, promoção e recuperação da saúde³. Porém, é imprescindível que os profissionais que utilizam dessas estratégias sejam capacitados e atuem de forma segura, consciente e comprometida com os desencadeamentos da aplicação dessas práticas. Portanto, as ações em saúde devem ser baseadas em evidências, o que requer a busca de embasamento teórico-científico para tais práticas.

Objetivos: Identificar, na literatura, tratamento tópico biológico utilizado como Práticas Integrativas e Complementares (PIC) em pessoas com feridas crônicas.

Método: Foi realizada uma Revisão integrativa da literatura, em que se utilizou a estratégia PICO⁴ para formular a pergunta de pesquisa, sendo (P) representando as pessoas com feridas crônicas, (I) como as Práticas



Integrativas e Complementares, (C) e (O) não se aplicaram, obtendo a seguinte questão: Quais Práticas Integrativas e Complementares biológicas mais utilizadas no tratamento de pessoas com feridas crônicas descritas na literatura? Foram utilizadas as seguintes bases de dados: *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *Science Direct*, *National Library of Medicine (Medline – PUBMED)*, *Electronic Library Online (SciELO)*, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scopus e Web of Science. Foram incluídos artigos publicados a partir de 2006, ano em que foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC); nos idiomas inglês, português e espanhol; e estudos descritivos, experimentais e quase experimentais.

Resultados: Encontraram-se 26860 artigos, sendo: 7975 BVS, 14543 CINAHL, 1252 PUBMED, 733 SciELO, 1085 Science Direct, 434 Scopus, 838 Web of Science. Desses, 323 passaram pelo teste de relevância (TR) 1 e, 93 pelo TR 2. Seis (6,5%) abordavam sobre o tema. Destes, três (50%) dos estudos se tratam do tratamento de pé diabético com plasma rico em plaquetas, dos quais houve cicatrização em 63 (70%) pacientes. Outro, se tratando de tratamento de úlcera arterial com células adiposas autólogas, também trouxe resultados positivos, com diminuição do diâmetro e profundidade da úlcera e redução da dor. Houve cicatrização completa em 6 (60%) das lesões. Noutro estudo, também em pé diabético, comparou-se tratamento entre uma construção celular bioprojetada e um aloenxerto de membrana amniótica humana desidratada. Como resultado, a primeira técnica aumentou a probabilidade de cicatrização de feridas em 97% e atingiu o desfecho em 13 semanas antes em comparação com ao tratamento com aloenxerto de membrana amniótica desidratada. Por último, a utilização de membrana amniótica/ córion humano desidratado para tratar úlceras venosas, mostrou que 20 (45,4%) apresentaram redução do tamanho da ferida maior ou igual a 40% e desses, houve cura completa em 16 (80%).

Conclusão: A partir dos resultados dos estudos, é possível identificar a tratamentos tópicos biológicos apresentam performance favorável para melhora



das condições de feridas crônicas. No então, são necessárias mais pesquisas experimentais sobre o tema, com amostras maiores, para ampliar a compreensão da ação e eficácia dessas tecnologias, conforme a etiologia das lesões.

Contribuições para a Enfermagem: Como o profissional de enfermagem tem como uma de suas atribuições o tratamento de feridas, é imprescindível a prática baseada em evidências para o uso seguro de novas tecnologias. Assim, favorece o aumento da autonomia da profissão neste contexto e à ampliação de possibilidades de intervenção.

Referências: 1- Waidman, M.A.P et al. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. Texto e contexto enfermagem. 2011;20(4):691-9.

2- Gnatta, J.R. et al. Aromaterapia e enfermagem: concepção histórico-teórica. Rev.Esc. Enferm. USP. 2016;50(01):130-6.

3- Brasil. Ministério da Saúde - MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

4- Flemming K. Critical appraisal. Searchable questions. NT Learn Curve 1999 April 7; 3(2):6-7.

3- Flemming K. Critical appraisal. Searchable questions. NT Learn Curve 1999 April 7; 3(2):6-7.



AVALIAÇÃO DO USO DO CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA EM UM HOSPITAL ESCOLA:

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Henglika Francisca da SILVA¹, Jhonny Patrick Santos TEIXEIRA¹, Izabella Carvalho de ALMEIDA¹,
David Lennon Telles CAVALCANTE¹, Simone Vieira Toledo GUADAGNIN², Dd^o Laidilce Teles
ZATTA²; Sandra Maria da Fonseca DINIZ²

1. Discentes do curso de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

2. Docentes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

henglikasilva@gmail.com, jhonnypatrick10@hotmail.com,
bellaacda@hotmail.com, lennontellesc@gmail.com,
guadagninsimone@hotmail.com, laidteles@hotmail.com,
sandraucg@gmail.com

INTRODUÇÃO: As complicações cirúrgicas correspondem uma grande proporção de mortes e danos que podem ser evitados em todo o mundo. O desafio global “cirurgia segura”, tem como objetivo aumentar os padrões de qualidade em serviços que contempla: prevenção de infecções de sítio cirúrgico; anestesia segura; equipes cirúrgicas seguras e indicadores da assistência cirúrgica. Dentre os objetivos do desafio global se destaca a lista de verificação (checklist) que tem como propósito assegurar que elementos chave de segurança sejam incorporados dentro da rotina do centro cirúrgico (CC), contemplando, assim, o preconizado pelas Metas Internacionais de Segurança do Paciente¹. A vista disso questiona-se: existem falhas no cumprimento das recomendações do Manual de Cirurgia Segura quanto à aplicabilidade do Checklist pelos profissionais do CC? **OBJETIVO:** Relatar a experiência da observação do uso do checklist de cirurgia segura em um hospital escola do município de Goiânia. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, de acadêmicos do sexto ciclo de enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, fundamentado na Metodologia da Problematização, através do Arco de Magueres. Utilizou-se como instrumento, um roteiro de coleta de dados estruturado não participante validado para responder a metodologia em evidências para uma observação estruturada. **RESULTADOS:** O Arco de Magueres é composto por cinco etapas, sendo: observação da realidade, através da atividade teórico-prática de processos cirúrgicos, onde foi listados



problemas e elegido um para problematizar; pontos-chave, que assimila a reflexão das causas que levaram a ocorrência do problema levantado, sendo este a inadequação às recomendações estabelecidas pelo protocolo de CC, com ênfase na aplicabilidade do Checklist; teorização: buscaram-se referenciais teóricos para responder as perguntas do problema, abordando então, que a lista de verificação (checklist) deve ser guiada por três princípios e são eles: simplicidade, ampla aplicabilidade e possibilidade de mensuração do impacto, permitindo que equipes sigam de maneira eficiente as etapas críticas de segurança², hipótese de solução, elaborados através da reflexão sobre o problema teorizado, para possíveis soluções, como a apresentação deste estudo na Semana Brasileira de Enfermagem, a fim de orientar e alertar os acadêmicos e Enfermeiros a desenvolver boas práticas a segurança do paciente; e aplicação a realidade, que representa a devolutiva do problema com o objetivo de transformar a realidade em algum grau³. **CONCLUSÃO:** Este estudo trouxe o aprimoramento do conhecimento sobre a potencialidade da utilização da Metodologia da Problematização, bem como o atendimento ampliado sobre a construção do Arco de Maguerez. Esclareceu sobre a importância do checklist no transoperatório, para garantir a qualidade na assistência prestada. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** O Checklist reforça as práticas de segurança estabelecidas e asseguram que as etapas pré-operatórias, transoperatórias e pós-operatórias sejam aplicadas de uma maneira eficiente. É necessária reflexão crítica, científica e bem embasada sobre a temática e conscientização quanto à importância e necessidade de sua utilização, reforçando práticas diárias que promovam melhor comunicação e trabalho entre as equipes, independentemente da característica do hospital que realize essa assistência. Isto garantirá ao enfermeiro maior segurança em sua assistência prestada, evitando negligências, imperícias e imprudências.

REFERÊNCIAS

1. ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Sítio Cirúrgico: Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasil, 2009a.
2. Elias, A. C. G. P et al., Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em hospital universitário publico, 2015.
3. BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações**. Editora UEL, 1999.



RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE E OS IMPACTOS NA DEGRADAÇÃO DO MEIO AMBIENTE: O PAPEL DO ENFERMEIRO NA SAÚDE AMBIENTAL

Allana Vieira Lima¹; Emilio Viana SANTANA²; Glenda Batista de Almeida ANDRADE³; Damiana Aparecida Andrade de Carvalho MOREIRA⁴.

1- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: allana.vlima@gmail.com

2- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: emiliosantana@outlook.pt

3- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: glendabaa@gmail.com

4- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: damianaparecida@gmail.com

INTRODUÇÃO: Na área da saúde, a preocupação com manejo eficiente dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) produzidos é uma inquietação devido ao aumento na quantidade deles¹. Os serviços de saúde são grandes fontes de resíduos, que são agrupados de acordo com o seu tipo, já que podem ser infecciosos, quando não, eles podem ser classificados como perigosos. Os principais problemas causados pelos RSS acontecem quando estes não são separados adequadamente ou quando seu tratamento não é realizado de maneira apropriada². Assim, o conceito de Atenção Primária Ambiental (APA) define responsabilidades e deveres para proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde com olhar integral em suas dimensões físicas, biopsicosocioespirituais e culturais, nas quais os indivíduos estão inseridos³. É nesse contexto que estratégias são pensadas para impulsionar a legislação e as políticas públicas para questões relacionadas à sustentabilidade do meio ambiente e preservação da saúde¹. **OBJETIVOS:** Relacionar a eliminação inadequada dos RSS com os impactos causados em nível ambiental e saúde pública. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de um estudo exploratório com abordagem quantitativa, do tipo ecológico, realizado a partir da Metodologia da Problematização para ampliar a percepção dos acadêmicos do curso de graduação em enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás e potencializar a descrição assertiva referente aos danos causados pela degradação. **RESULTADOS:** Estudos apontam que a proteção do meio ambiente e a luta contra sua degradação é dever de todos. Nesse sentido, aplica-se o conceito da APA. Na saúde ambiental, o enfermeiro deve atuar nas esferas de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, a partir da articulação das redes internas e externas de serviços de saúde para a continuidade da assistência. O profissional deve identificar as dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas da



saúde e intervir junto à população por meio de ações conjuntas e palestras esclarecedoras com divulgação e material de apoio didático. **CONCLUSÃO:** Verificou-se a necessidade da educação em saúde para compreender as implicações do descarte e tratamento incorreto desses RSS para a saúde pública. Bem como a procura de conhecimento para desenvolver práticas voltadas à relação entre o ser humano e a promoção da saúde para uma assistência à saúde mais sustentável e produção de informações para os usuários do serviço. Sendo esta, incipiente à nível de graduação. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** Implica-se a necessidade de conscientizar o enfermeiro para aplicar suas práticas a partir da compreensão das relações entre ser humano e meio ambiente, visando à promoção da saúde e de ciência sustentável, desenvolvendo ações onde a preocupação permeia-se na sustentabilidade como fator determinante para melhora na qualidade de vida. Assim, faz-se necessário, rever políticas de proteção e de promoção de um ambiente saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Camponogara, S. Saúde e Meio Ambiente na Contemporaneidade: o necessário resgate do legado de Florence Nightingale. Reflexão - Escola Anna Nery. 16 (1), 2012.
- 2- Rocha RMGS. et Al. Estratégia Saúde da Família: práticas de educação ambiental voltadas ao usuário. Atas – Investigação Qualitativa em Saúde. 2 (1), 2016.
- 3- SANTOS, DA da SS. et Al. A saúde e o meio ambiente na visão do enfermeiro na atenção primária à saúde. InterfacEHS – Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade. 10 (2), 2015.

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE COMBATE À DENGUE, CHIKUNGUNYA E AO ZIKA VÍRUS, SEGUNDO DISCENTES DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Marizete de Abreu SILVA¹; Cláudia Moreira da SILVA¹, Lyriane Apolinário de ARAÚJO², Katiane Martins MENDONÇA²



¹ Estudantes do curso Técnico Integrado em Enfermagem, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás-Câmpus Goiânia Oeste.

² Docentes. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás-Câmpus Goiânia Oeste.

^{1,2} Integrantes do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Promoção da Saúde, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás-Câmpus Goiânia Oeste.

E-mail: katiane2303@gmail.com

INTRODUÇÃO: A dengue, a febre de Chikungunya e a febre pelo Zika são grandes desafios da saúde pública no Brasil e atualmente, são doenças de notificação compulsória^{1,2}. Têm em comum o agente transmissor, o *Aedes aegypti*, além dos sintomas e do manejo clínico semelhantes³. O aumento desses agravos, apesar da ampla divulgação, e a diversidade de propostas de prevenção e controle levou-nos a desenvolver essa pesquisa. **OBJETIVO:** analisar as abordagens de combate à dengue, à febre de Chikungunya e ao Zika Vírus sob a ótica de estudantes do curso Técnico em Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás. **MÉTODO:** estudo descritivo, de corte transversal, quantitativo. Critérios de inclusão: estar matriculados, comparecer nos dias das coletas e consentir participar. Utilizou-se um questionário-submetido à avaliação e a teste piloto. Houve aprovação por Comitê de Ética (protocolo nº 1.447.398). **RESULTADOS:** Participaram do



estudo 62/76 (81,6%) estudantes. Os participantes demonstraram maior conhecimento acerca da Dengue em detrimento à febre de Chikungunya e ao Zika Vírus. A investigação evidenciou que a maioria das abordagens realizadas no Brasil para prevenção e controle desses agravos envolveu campanhas, na TV e nas mídias sociais, no entanto, a literatura científica apresentou escassez de investigações sobre os temas. Os estudantes citaram o grande número de informativos (cartazes e folders) distribuídos pela cidade de Goiânia-GO sobre a necessidade de prevenção, mas a maioria apontou a importância de orientações corpo-a-corpo e destacaram o papel dos profissionais de saúde que atuam nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) nesses casos. Os estudantes indicaram como caminhos, a intervenção à comunidade e, juntamente, com a equipe de desenvolvimento do estudo e após contatar a Secretaria Municipal de Educação realizaram atividades em escolas públicas, pautando-se nas recomendações do Ministério da Saúde para prevenir e controlar os referidos agravos e assim, fazer das crianças e dos adolescentes, multiplicadores de informações científicas. **CONCLUSÕES:** Os estudantes do curso técnico em enfermagem analisaram as abordagens utilizadas para prevenção dos agravos (dengue, à febre de Chikungunya e ao Zika Vírus) e perceberam que apesar de a TV e as mídias sociais serem os caminhos mãos utilizados, estratégias corpo-a-corpo poderiam ser mais utilizadas, por meio das ESF. O estudo mobilizou a população e envolveu esses discentes no enfrentamento de agravos. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** o destaque do papel dos profissionais que atuam nas ESF e a oportunidade de que estudantes, futuros técnicos em Enfermagem pudessem desenvolver ações de promoção da saúde e se aproximarem da prática profissional.

REFERÊNCIAS:

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Semana epidemiológica nº 15. 2017;48(14):1-10.



2. Decreto nº 8.662, de 1º de fevereiro de 2016, que dispõe sobre a mobilização para a prevenção e eliminação de focos do mosquito *Aedes aegypti* no âmbito dos órgãos e entidades do Poder Executivo Federal e cria o Comitê de Articulação e Monitoramento das ações de mobilização para a prevenção e eliminação de focos do mosquito. 2016.

3. Valle D, Pimenta DN, Aguiar R. Zika, dengue e chikungunya: desafios e questões. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 2016;25(2):419-22.

ORIENTAÇÃO DO ENFERMEIRO AO PACIENTE HIV+ E AO SEU ACOMPANHANTE: UM RELATO EXPERIÊNCIA UTILIZANDO O ARCO DE CHARLES MAGUEREZ

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

www.pucgoias.edu.br

Aline Bueno COELHO, Gabryella Ribeiro PEIXOTO, Kimberly Ottoni de
CARVALHO, Kênia Alessandra de Araújo CELESTINO

Introdução: O estudo foi realizado por acadêmicas do sétimo ciclo do curso de enfermagem da Puc-Goiás, elaborado através da vivência do grupo na prática da disciplina em hospital escola em Goiânia - Goiás. Dentro dessa experiência foi realizado o Arco de Margueres, o tema escolhido foi: Orientação do enfermeiro ao paciente HIV+ e ao seu acompanhante: um relato experiência utilizando o arco de Charles Magueres. Por meio deste observa-se a necessidade dos profissionais de enfermagem tenham conhecimento do que é o HIV (vírus da imunodeficiência humana), a importância da orientação para com os pacientes e acompanhantes, quanto ao tratamento domiciliar, ambulatorial, hospitalar, precauções bem como ter conhecimento sobre o impacto social e na saúde pública como um todo. **Objetivos:** Elaborar um



instrumento de guia para os profissionais de enfermagem sobre as orientações necessárias para os pacientes e acompanhantes, como sugestão para aplicar no hospital escola do campo da prática. **Descrição metodológica:** Trata-se um relato experiência, realizado através da metodologia da problematização aplicada em um campo de prática hospitalar. Através da observação da realidade, analisando de forma crítica e levantando os pontos chaves a serem trabalhados e teorização¹. A teorização é feita utilizando literaturas baseadas naquele assunto de forma didática, onde o leitor possa adquirir conhecimento sobre o tema¹. Após essa etapa são levantadas hipóteses de solução para aquele ponto trabalhado e posteriormente é realizada a aplicação à realidade¹. **Resultados:** A orientação é uma forma de nortear os pacientes e acompanhantes quanto às suas ações no contexto saúde/doença. A fim de que esta orientação alcance seu objetivo, é necessário que haja uma comunicação eficaz. Para que a orientação gere resultados é imprescindível que se crie vínculos com o paciente, gerando confiança do mesmo para com o enfermeiro^{2,3}. É cogente ouvir e falar no momento certo, para que haja um diálogo. Conhecer o contexto em que o mesmo está inserido bem como suas concepções e seu estado psíquico e espiritual são instrumentos necessários para auxiliar na orientação. A orientação dialogada neste cenário precisa gerar comprometimento do paciente, tendo em vista que deve ser transmitido (de forma verbal e não verbal) do profissional para o paciente a confiança nesse comprometimento, como um acordo^{2,3}. Para se comunicar com o paciente e seus acompanhantes o enfermeiro necessita utilizar uma linguagem que os mesmos entendam claramente, deixando os termos técnicos e aderindo a termos populares de maior compreensão². O paciente HIV+ e seus acompanhantes carecem de educação em saúde, pois muitos têm conhecimentos superficiais sobre a doença³. Quando esses pacientes se deparam com a realidade, precisam saber de forma aprofundada e detalhada sobre o tratamento, sendo informados que poderão ocorrer reações adversas aos medicamentos³. Porém deve-se enfatizar a conscientização a cerca da importância de seguir corretamente o tratamento³. É necessário que a equipe de enfermagem estabeleça um bom relacionamento com o acompanhante do



paciente, sendo que neste cenário é essencial obter confiança do mesmo, pois ele pode ser coadjuvante para a saúde do paciente⁴. A equipe precisa ouvi-lo, compartilhar a importância do cuidado, e integrá-lo no plano de cuidados⁴. Segundo Squassante e Alvim⁴ ao integrar o acompanhante no cuidado “favorece o desenvolvimento do potencial do familiar no cuidado [...] e colabora com o trabalho da equipe junto ao cliente e com desenvolvimento de relações menos conflituosas”. É interessante que o familiar/acompanhante participe de forma ativa, possibilitando assim que o profissional identifique como essas orientações estão sendo compreendidas podendo assim cooperar com assistência de enfermagem e colaborando no planejamento das orientações⁵. A orientação é importante no âmbito de reduzir custos, tanto privado como públicos, pois o paciente terá menor tempo de internação e a instituição terá menor índice de infecção hospitalar⁵. As estratégias de orientação e informações quanto ao HIV/AIDS e precauções tem um impacto positivo na saúde pública e da comunidade como um todo. De acordo com a realidade presenciada e com a revisão bibliográfica realizada, evidenciou-se que se tem uma necessidade que estratégias sejam elaboradas a fim de aprimorar a eficácia das orientações repassadas aos pacientes e acompanhantes. Refletindo sobre isso, elaborou-se um instrumento de guia para os profissionais de enfermagem sobre as orientações necessárias para os pacientes e acompanhantes. **Conclusão:** O HIV⁺ e doença infectocontagiosa são termos que geram impacto na comunidade, porém os pacientes e acompanhantes são pouco orientados a respeito, cabendo aos profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro – o profissional mais próximo do paciente, serem norteadores de informações importantes para essa comunidade. Essas estratégias vêm se tornando um desafio para os profissionais, pois os mesmos tem que escolher qual a melhor forma de abordagem para informá-los sobre os cuidados que necessitam ter dentro de um ambiente hospitalar, quanto ao contágio e às possíveis contaminações que possam adquirir com o uso errado do EPI ou a sua não utilização. Para devolução foi elaborada uma carta formalizada destinada a chefia de enfermagem do hospital escola em que foi realizada a prática, onde nesta continha uma solicitação para que a mesma aceite as



sugestões contidas no guia para os profissionais de enfermagem sobre as orientações necessárias para os pacientes e acompanhantes. **Contribuições/implicações para a enfermagem:** Verificou-se que há uma necessidade evidente na troca de informações entre enfermeiro, paciente e acompanhante. Destaca-se também a necessidade de haver o lado mais humanizado nas relações que existe dentro de um hospital. Pensando em humanização, na assistência e no ambiente hospitalar, percebe-se que há uma necessidade que esse paradigma seja implantado desde a graduação, para que o enfermeiro tenha mais facilidade em se comunicar com seus pacientes e acompanhantes, para que seja possível obter confiança do próximo, permitindo que haja maior receptividade do paciente e seu acompanhante às orientações da equipe. O instrumento feito como guia oferece um conteúdo resultante da observação de um ponto de vista diferente dos profissionais. Neste cenário a apresentação de um olhar diferenciado proporciona aos enfermeiros inseridos naquela rotina a terem uma autorreflexão. O guia é uma sugestão que o hospital pode ou não aderir, não é imposto uma mudança, a mesma é instigada. Os manuais são elaborados, mas é previsto que haja mudanças para que se aprimore o seu conteúdo estratégico, afim que garanta uma boa assistência aos pacientes e boas condições de trabalho para os profissionais envolvidos. Boas condições de trabalho promovem uma boa assistência e garante a segurança do paciente.

Referências

1. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. In Seminário: Ciências Sociais e Humanas. Rev Semina: Ciências Sociais e Humanas [internet]. 2011 [acesso em 2017 fev. 25]; 32: 25-40. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326/10999>
2. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev Esc Enferm [internet]. 2008 [acesso em 2017 fev. 27]; 42: 48-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/07.pdf>



3. Isoldi DMR, Carvalho FPB, Simpson CA. Análise contextual da assistência de enfermagem à pessoa com HIV/AIDS. Rev Fund Care Online [internet]. 2017 [acesso em 2017 fev. 28]; 9(1): 273-278. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.273-278>

4. Squassante ND, Alvim NAT. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. Rev Bra de Enf [internet]. 2009 [acesso em 2017 fev. 28]; 62(1): 11-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/02.pdf>

5. Rabelo AHS, Souza TVO. O conhecimento do familiar/acompanhante acerca da precaução de contato: contribuições para a enfermagem pediátrica. Esc Anna Nery Ver Enf [internet]. 2009 [acesso em 2017 fev. 28]; 13(2): 271-278. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715322006.pdf>

EVIDENCIAS CIENTIFICAS DA LITERATURA ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO E A SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES PRISIONAIS.

Autores: Wellington Matheus Gomes LIMA¹, Marília Cordeiro de SOUSA², Elisângelo Aparecido Costa da SILVA³, Nubia Aguiar MARINHO⁴, Monah Boa SORTE⁵, Luanna Duquiza Ribeiro Teixeira PACHEDO⁶, Tanandra Myneli Vieira Santos de OLIVEIRA⁷

1. Acadêmico de Enfermagem da UNIFAN, membro da Liga Acadêmica de Enfermagem da Saúde da Mulher (LAESM) e-mail: wmatheus.lima@gmail.com;

2. Enfermeira Neonatologista, Mestre em Enfermagem pela UFG, e-mail:

maacsousa@hotmail.com, 3. Enfermeiro Emergencista, Mestre em

Enfermagem pela UFG, e-mail: elisangelo@hotmail.com, 4. Enfermeira

Auditora, e-mail: nubiamarinho.enf@hotmail.com ; 5. Acadêmica de

Enfermagem da UNIFAN, membro da Liga Acadêmica de Enfermagem da

Saúde da Mulher (LAESM) e-mail: monahsantos@hotmail.com ; 6. Acadêmica

de Enfermagem da UNIFAN, membro da Liga Acadêmica de Enfermagem da



Saúde da Mulher (LAESM) e-mail: dquiza@gmail.com; 7. Acadêmica de Enfermagem da UNIFAN, membro da Liga Acadêmica de Enfermagem da Saúde da Mulher (LAESM) e-mail: laesm2016@gmail.com

Introdução: O trabalho pode ser compreendido em um universo de significados, cujas transformações resultam em modificações no modo de vida dos indivíduos (GRISCI, 1999). No sistema prisional, o trabalhador prisional encontra-se em risco, estando exposto a situações que geram agravos a saúde, uma vez que é acompanhada por relações de prazer e sofrimento. O sentimento de prazer edifica, enquanto o sofrimento desestabiliza, e para lidarem com esses sentimentos os profissionais desenvolvem estratégias de defesa sejam coletivas ou individualizadas (MENDES, 2007). Ressalta-se que sofrimento não é sinônimo de doença, nem prazer é sinônimo de saúde, e a relação entre esses sentimentos é estreita e frágil (ALMEIDA; MERLO, 2008).

Objetivo: Discorrer sobre o processo de trabalho nas instituições prisionais e as repercussões na saúde mental dos trabalhadores.

Descrição metodológica: Este estudo foi de abordagem qualitativa, com revisão integrativa da literatura, foi realizado no período 2011 a 2016, disponíveis on line, em português, a busca ocorreu no mês de abril de 2017. Após a aplicação dos critérios de inclusão e leitura sistemática foram selecionados 5 artigos. Resultados e discussão: Em relação ao ano de publicação prevaleceu 2013 com 3 artigos, seguido de 2015 e 2011 com 1 cada, metodologia do tipo qualitativa, todos com publicação igualitária nas revistas, uma em cada. É possível apontar que os trabalhadores prisionais estão expostos a diversos fatores que aumentam os riscos de desenvolverem doenças psicossociais, constituindo-se em um importante determinante para a saúde mental dos mesmos. Prazer e sofrimento são sentimentos ambíguos e presentes, cita-se respectivamente como exemplo, o cumprimento das obrigações e a precariedade das condições de trabalho. Além disso, desmotivação, impotência, falta de reconhecimento e qualidade de vida, são sentimentos que norteiam a vida destes profissionais. Destaca-se ainda que há uma resistência por parte das instituições carcerárias em se discutir sobre o sofrimento destes trabalhadores, uma vez que é



necessário a articulação de áreas cíveis e judiciárias para discutir a criar mecanismos de apoio e proteção para os mesmos (TSCHIEDEL; MONTEIRO, 2013). Considerações finais: A análise dos trabalhos permitiu identificar que há ambiguidade nos sentimento vivenciados pelos profissionais, além disso, muto profissionais desenvolvem estratégias de defesa, como negação e racionalização, para vivenciarem a realidade. Portanto, é necessário que políticas publicas de saúde sejam reestruturadas com o objetivo de promover, prevenir e minimizar o sofrimento, garantindo atendimento diferenciado aos trabalhadores prisionais, haja visto que as condições de trabalho são ameaçadoras e adversas.

PALAVRAS-CHAVES: Trabalhador prisional; Saúde Mental; Enfermagem.

REFERÊNCIAS:

Grisci, CLI. Trabalho, tempo e subjetividade: impactos da reestruturação produtiva e o papel da psicologia nas organizações. *Psicologia: Ciência & Profissão*, 1999, 19(1): 2-13 .

Mendes, AM. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In A. M. Mendes (Org.), *Psicodinâmica do Trabalho: Teoria, Método, Pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

Almeida, LL; Merlo, ARC. Manda quem pode, obedece quem tem juízo: Prazer e sofrimento psíquico em cargos de gerência. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2008, 11(22), 139-157.

Tschiedel, RM; Monteiro, JK. Prazer e sofrimento no trabalho das agentes de segurança penitenciária. *Estud. psicol.*, 2013, 18(3): p. 527-535.



ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ANTISSÉPTICO E SABONETE LÍQUIDO.

(NOTA PRÉVIA)

Deborah Camilo Lemos COSTA¹; Milca Severino PEREIRA². Adenícia Custodia
Silva e SOUZA².

¹ Discentes do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás) ² Orientadoras e Professoras Doutoradas do Curso de Enfermagem PUC-Goiás.

Introdução: A higienização das mãos (HM) além de ser uma medida primária, é o método mais eficaz para a prevenção de infecções no ambiente hospitalar, representa uma importante medida para se evitar a transmissão de microrganismos¹. Um estudo mostrou que a adesão é menor em locais que necessitam de um maior número de oportunidades à HM². Apesar de ser comprovado que a HM previne as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) muitos profissionais ainda não a praticam corretamente, existe a necessidade de implantar métodos que estimulem os profissionais a aumentarem a adesão, afim de realizar uma assistência segura³. Os profissionais de saúde conhecem a importância da HM, mas grande parte não pratica, já outros praticam de maneira errada. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizou cinco momentos para a HM, que são: antes do contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente, após contato com áreas próximas ao paciente¹. A respeito dos métodos de HM, os produtos alcoólicos apresentam rápida ação bactericida e são mais efetivos quando comparados a sabonete líquido, além de prevenir a transferência de patógenos hospitalares para os pacientes. Em vários estudos realizados compara-se a redução bacteriana usando os dois métodos e naqueles que



foram usados o álcool houve uma maior redução¹. O uso de álcool gel é um padrão para conferir segurança nos procedimentos, pois remove microrganismos com mais eficácia, para garantir que ocorra esse uso é recomendado dispensadores de álcool nos pontos de cuidado, local de atendimento, pois os mesmos asseguram e facilitam a HM⁴. **Objetivo Geral:** Monitorar o consumo de álcool em gel e sabonete líquido na unidade de terapia intensiva. **Objetivos específicos:** Identificar a quantidade do álcool gel e sabonete líquido consumidos na unidade de terapia intensiva. Verificar se os serviços de controle de infecção utilizam o método indireto para avaliação da adesão dos profissionais à higienização das mãos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa. Será realizada uma avaliação dos insumos para HM, em um hospital da rede privada, na Unidade de Terapia Intensiva, com 20 leitos, que atende pacientes adultos clínicos e cirúrgicos, das diversas especialidades, localizado no município de Goiânia, Estado de Goiás. **Contribuições para enfermagem:** Este estudo é de grande importância, pois indicará aos profissionais de saúde os fundamentos acerca da importância da HM para a enfermagem e para toda a equipe da saúde, bem como, registrará os benefícios que essa prática trará, como a redução de infecções hospitalares e as medidas para promover a segurança ao paciente e aos profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. p. 105.



2. Batchk J, Cunico PA, Maziero ECS, et al. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2013 v. 34, n. 2, p. 78-85.
3. Souza LM, Ramos MF, Becker ESS, et al. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2015 v. 36, n. 4, p. 21-28.
4. Hansen S, Schwab F, Gastmeir P, et al. Provision and consumption of alcohol-based hand rubs in European hospitals. Clinical Microbiology and Infection, 2015 v. 21, n. 12, p. 1047-1051.



O PREPARO DE MEDICAÇÃO EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Izabella Carvalho de ALMEIDA¹; David Lennon Telles CAVALCANTE¹;
Henglika Francisca da SILVA¹; Adenicia Custodia Silva e SOUZA²; Edmila
Lucas de LIMA³; Milca Severino PEREIRA²

¹ Discentes do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás).

² Orientadoras de Iniciação Científica e Professoras Doutoradas do Curso de Enfermagem da PUC-Goiás.

³ Mestranda em Atenção à Saúde da PUC-Goiás.

E-mail: bellaacda@hotmail.com

Introdução: Há vários recursos terapêuticos que a ciência desenvolveu para tratar patologias, dentre eles, a medicação é a mais antiga e utilizada. O preparo de medicamentos como parte do cuidado em saúde é uma das atividades de maior responsabilidade para os profissionais e a sua execução exige a aplicação de princípios científicos de forma a garantir uma assistência segura¹. Contudo, há vários erros durante o preparo de medicamentos que podem interferir na segurança do paciente. Enquanto acadêmicos de enfermagem pretendemos construir um conhecimento sólido sobre essa temática. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada no estágio extracurricular no preparo de medicamentos. **Descrição Metodológica:** Relato de experiência à partir da vivência de acadêmicos de enfermagem em uma sala de injeções em uma unidade de Pronto atendimento. Durante três dias consecutivos foram observadas de forma direta e não participante, para fins didáticos, a etapa de preparo de medicação. Registros foram feitos visando identificar questões relacionadas à segurança do paciente no preparo de medicamentos. Esses dados foram comparados com o que é preconizado no protocolo de uso e administração de medicamentos². **Resultados:** A sala apresenta um alto fluxo de preparo e administração de medicamentos e em 15 horas de observação



foram preparadas 116 doses de medicamentos injetáveis. Foi evidenciado que os profissionais não realizavam as técnicas de preparo como descritas no protocolo de uso e administração de medicamentos². Os principais problemas encontrados foram: Utilização incorreta dos equipamentos de proteção individual; técnica asséptica incorreta, baixa adesão às práticas de higienização das mãos, de desinfecção das ampolas e de limpeza e desinfecção de bancada; erros de dose; fracionamento e diluição inadequados; associação de medicamentos na mesma seringa dispondo mais de três diferentes medicamentos para administração endovenosa; utilização de frasco de soro fisiológico com agulha afixada para aspiração de multidoses de diluente; e ainda, não rotulagem de identificação dos medicamentos preparados. Foi observada por inúmeras vezes a dificuldade dos profissionais em interpretar as prescrições medicamentosas inclusive muitas se encontravam ilegíveis, além da falta de alguns insumos/materiais e a indisponibilidade de alguns medicamentos na sala. Todas essas falhas são incidentes que podem levar a eventos adversos e comprometer a segurança do paciente³. **Conclusão:** Essa vivência possibilitou conhecimento do funcionamento de uma sala de injeção e a constatação de que há muitas falhas no preparo de medicação que podem comprometer a segurança do paciente. Consideramos urgente a necessidade de padronização de medicamentos utilizados na unidade, a reorganização no processo de trabalho, de ensino e de educação permanente para o desenvolvimento de competências de estudantes e profissionais de enfermagem sobre o preparo seguro de medicamentos, no sentido de garantir maior segurança aos pacientes e uma assistência de qualidade. **Contribuições para a enfermagem:** Trazer a discussão sobre a importância de uma atenção criteriosa para essa prática milenar de enfermagem que necessita de intervenção e inovações.

Referências:

1. Miasso, Al. et al. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. Rev. Latino-am Enfermagem, 2006; 14(3): 354-63.



2. Ministério da Saúde/ANVISA/Fiocruz. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos [internet]. Brasília; 2013. [Acesso em: 15 out. 2013]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo - Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos.pdf>

3. World Health Organization. Patient safety research: introductory course - Session 1. What is patient safety? [place unknown]: WHO; 2012 [cited 2014 July 15]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/research/online_course/en/

Modalidade: Relato de experiência Eixo II

VIVÊNCIA PRÁTICA: PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E NA SEGURANÇA DO PACIENTE

AUTORES: Lisa Wilhelms SANTOS*; Ricardo Araújo COSTA*; Sergiane Bisinoto ALVES**; Silvio José de QUEIROZ**; Josiene Macedo DIAS***

*Discentes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás:

e-mail: lisawilhelms@hotmail.com; ricaardopop12011@gmail.com

**Docentes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás:

e-mail: sergianebisinoto@yahoo.com.br; silvio.resgate@gmail.com

*** Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia- Preceptora do PET Saúde Gradua SUS

e-mail: jonurse96@gmail.com

ORIENTADORAS: Profa. Ms. Silvia Rosa de Souza TOLEDO**

Profa. Ms. Vanusa Claudete Anastácio Usier LEITE**

** Docentes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás



e-mail: silviarosatoledo@gmail.com

vanusaclaudete@gmail.com

INTRODUÇÃO. A segurança do paciente refere-se à redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde¹. Os serviços de saúde são voltados ao desenvolvimento de ações de promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, nos diferentes níveis de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo consultórios, domicílios e unidades móveis¹. O Planejamento Estratégico Situacional (PES) propõe identificar e intervir em problemas de saúde da população, cuja delimitação resulta de negociação e consenso entre distintos modos de entender a saúde². O diagnóstico situacional de saúde constitui na identificação e análise da realidade e suas necessidades práticas. Quando adotado como ferramenta de gestão, o PES possibilita a organização do trabalho, com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na participação da comunidade³. **OBJETIVOS:** Descrever a experiência de graduandos do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), sobre as contribuições do PES na organização dos serviços de saúde e na segurança do paciente. **METODOLOGIAS:** Relato de experiência, vivenciado em Centro de Saúde da Família (CSF) do município de Goiânia/GO, no período de julho a dezembro de 2016, por estudantes de Enfermagem da PUC-GO. Ocorreu integrada à metodologia ativa de ensino-aprendizagem e ao Programa de Educação para o Trabalho no SUS, PET/Saúde Gradua SUS. Projeto vinculado ao Ministério da Saúde e contemplado pela PUC-GO em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Os estudantes foram orientados por professores tutores da PUC-GO e acompanhados por preceptor do CSF. **RESULTADOS.** O estudo estimulou a reflexão crítica sobre a importância do planejamento de ações de saúde a partir da realidade vivida por indivíduos e coletividades. Observou-se que o processo de trabalho baseado no PES pode favorecer a realização de intervenções seguras e melhoria dos serviços ofertados. Destacou o diagnóstico situacional como base na priorização e programação de atividades e que o aprendizado baseado em metodologias ativas aproxima o estudante da realidade prática, contribui efetivamente na



formação qualificada e na disseminação da cultura de segurança do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Ampliou o olhar sobre a realidade de trabalho de um CSF, bem como a capacidade analítica sobre as diferentes necessidades de saúde que a população apresenta. Estimulou estudar o perfil da comunidade adstrita e destacou o planejamento como essencial para a melhoria da qualidade do cuidado e redução de danos desnecessários ao paciente. O exercício do PES contribuiu no desenvolvimento de competências de liderança, comunicação, tomada de decisões, organização e gerenciamento.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: O profissional enfermeiro assume responsabilidades no âmbito da organização de serviços de saúde que visam atender aos princípios do SUS. Conforme estabelece a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, o enfermeiro baseia suas ações sempre em programações e planejamentos. Assim, ter conhecimento da ferramenta PES e aplicá-la nas instituições de saúde, pode contribuir significativamente para a transformação das práticas de saúde, melhorar a qualidade da assistência e possibilitar o desenvolvimento do cuidado sistematizado e seguro.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – RDC, n.º 36/2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso 10 Mai 2017.
- 2- Teixeira CF. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In: Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1995. p. 237-265.
- 3- Kleba ME, Krauser IM, Vendruscolo C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. Florianópolis, 2011. Texto Contexto Enferm, jan-mar, ed.20 v 1.; p. 184-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/22.pdf>. Acesso 10 Mai 2017.



EDUCAÇÃO E ENFRENTAMENTO DAS IST, HIV E HEPATITES VIRAIS NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM GOIÁS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jordana Rúbia Souza SANTOS¹, Anna Lucya Nardes de PAIVA¹, Vanessa Elias da CUNHA¹, Jhonatan Martins SOUZA¹, Sandra Maria Brunini de SOUZA², Christiane Moreira SOUZA³, Lara Cristina da Cunha GUIMARÃES⁴

¹Acadêmicas de Enfermagem da UFG (jordanarubia@hotmail.com / annalucya_nardes@hotmail.com / vanessae.cunha@hotmail.com, johnatan.ufg@gmail.com)

²Enfermeira, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFG (christiane_ms@hotmail.com).

³Enfermeira, Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da UFG. (sandrabrunini@hotmail.com)

⁴ Enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFG. (lara_cristina_g@hotmail.com)

A população em situação de rua é uma das mais vulneráveis em relação à transmissão do HIV, hepatite C e B, e sífilis, por incluir grupos de alto risco como, egressos do sistema prisional, usuários de drogas, profissionais do sexo, grupos minoritários e pessoas com transtornos mentais. O comportamento de risco, bem como prática sexual com múltiplos parceiros e uso de drogas, é frequente na vida desses indivíduos, justificando-se desta forma crescente número de doenças transmitidas pelo sexo e pelo contato com sangue nessa população¹. A discriminação sofrida por essa população reforça o ciclo de exclusão e aumentam ainda mais as vulnerabilidades vivenciadas por ela. Acrescenta-se a isso, a dificuldade em receber atendimento na rede de saúde² e o deslocamento geográfico contínuo dessa população, que dificulta o diagnóstico, o acompanhamento e o tratamento das doenças. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência das atividades de extensão do programa VIDA NA RUA do Núcleo de Ações Interdisciplinares em DST/HIV/Aids (NUCLAIDS) da Faculdade de Enfermagem (FEN) da Universidade Federal de Goiás (UFG). O programa propiciou além de um espaço para o rastreamento de IST (HIV/ Hepatite B/ Hepatite C/ Sífilis), a interação entre a universidade o serviço e comunidade. As ações ocorreram mensalmente, no período de setembro de 2014 a julho de 2016, na Comunidade Terapêutica Missão Vida, localizada em Anápolis e Cocalzinho. No período de realização do presente estudo ocorreram



11 encontros sendo realizados 519 testes, 63 para hepatite B, 152 para hepatite C, 152 para sífilis e 152 para HIV. No caso de testes reagentes, os diagnósticos eram explicados, orientando sobre o uso de preservativos, alertando sobre os comportamentos de riscos e encaminhados para realizar teste confirmatório no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) a fim de iniciar tratamento. Os testes têm importante papel na prevenção e controle das IST, pois permitem um diagnóstico precoce e tratamento das pessoas com positividade à doença³. A realização do programa permitiu desenvolver habilidades no que compete a promoção e prevenção em saúde, não só envolvendo populações e situações vulneráveis, mas em todo o âmbito social, viabilizando a interação da comunidade e o papel social da universidade. Isso colabora para a qualificação da formação do enfermeiro, quanto à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e a cidadania, o atendimento humanizado e universalizado, e o respeito às condições sociais.

Referências:

- 1 - BRITO, V. et al. Infecção pelo HIV, Hepatites B e C e Sífilis em moradores de rua, São Paulo. Rev. Saúde Pública. 2007 vol.41 São Paulo Dec.
- 2 - GRANGEIRO, A. et al. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. Rev Saúde Pública, 2012, v. 46, n. 4, p. 674-84.
- 3 - Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica; Cadernos de Atenção Básica - HIV/Aids, hepatites e outras DST; Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.



SEXUALIDADE, RELIGIOSIDADE E ISTS/HIV/AIDS EM HOMENS EM SITUAÇÃO DE RUA: DESAFIOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

(Samuel Antoneli Manso de ARAÚJO¹; Dayane Cristina dos Santos ALVES¹; Wilian Santana de SOUZA¹; Joyce Gabriela Menezes SILVA¹; Camila Canhete FERREIRA²; Marcia Maria SOUZA³; Marcos André MATOS³)

1- Aluno de Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás FEN/UFG.

2- Aluno Pós-graduação *Strictu Sensu* - mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás FEN/UFG.

3- Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás FEN/UFG.

d.alves@msn.com; samuelanto12@gmail.com; wil8@hotmail.com;
camila_canhete03@hotmail.com; joycefenufg@gmail.com; marcia.fen@gmail.com;
marcosmatos@ufg.br.

Introdução: Observa-se um crescimento da desigualdade social, pobreza extrema e consequentemente do número de indivíduos em situações de rua. E nessa condição, jovens e adultos são cercados diariamente pelo mundo das drogas, podendo atuar no trabalho com o tráfico ou com uso de entorpecentes, bem como aumentando o risco de envolvimento com comportamento de risco à saúde, em particular as doenças infectocontagiosas¹. Visando minimizar esses riscos, a educação em saúde, com de consulta de enfermagem parecem representar boas práticas de enfermagem na



assistência ao indivíduo vulnerável às IST/HIV/Aids e hepatites virais, como a população em situação de rua². **Objetivo:** Descrever os fatos relevantes de um projeto de assistência à saúde, voltado para a prevenção e controle das IST/HIV/Aids e hepatites virais em população em situação de rua albergada em uma instituição religiosa de acolhimento temporário à população em situação de rua de Goiânia-Goiás. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de uma atividade de extensão realizada na Associação Metamorfose, uma organização da Sociedade Civil que acolhe indivíduos em situação de rua na capital. Durante incursões à Associação Metamorfose (Goiânia-GO) pelos membros do NECAIH (Núcleo de Estudos Epidemiológicos com ênfase em Agravos infecciosos e Hepatites Virais) da UFG, verificou-se a necessidade de discutir religiosidade, sexualidade e infecção sexualmente transmissível. Assim, realizaram-se práticas de educação em saúde por meio de rodas de conversa com uso de material educativo (banners, pôsteres, próteses e cartazes) visando aumentar o conhecimento e percepção de vulnerabilidade dessa população sobre as IST. Ainda, foi oferecido consulta de enfermagem com a testagem rápida para hepatite B e C, sífilis e HIV com aconselhamento e encaminhamento para tratamento dos casos positivos. **Resultado:** Observou-se uma alta procura pela educação em sexualidade, inclusive com vários depoimentos, relatos pessoais e perguntas sobre a temática. Contudo, verificou-se que toda a discussão não visava o conhecimento acerca das formas de prevenção e controle das IST/HIV/Aids, mas sim os tipos de práticas sexuais e sua relação com a religião. A população de rua não abandona as práticas sexuais e tem como característica a promiscuidade sexual antes da adesão a casa de acolhida. Como a instituição é religiosa, observou grande dúvida quanto a percepção de “pecado” quanto a masturbação, sexo anal e oral. Fato explanado de acordo com a curiosidade e interesse dos indivíduos. Apesar de ser composta em sua maioria por homens nota-se uma preocupação com a satisfação e o prazer da sua parceria sexual, sendo que ao contrário do esperado atos de violência não foram relatados. Houve uma despreocupação com a possibilidade de contaminação com uma IST e o relato de pouca adesão ao uso do preservativo masculino, o que os expõem a um maior risco de contaminação. Na consulta de enfermagem, estimou-se 8 pacientes com sífilis, 2 com



hepatite C e 1 com HIV, evidenciando a vulnerabilidade desse grupo a esses patógenos.

Conclusão: Os homens em situação de rua possuem grande vulnerabilidade em relação às IST/HIV/Aids e hepatites virais, necessitando de maiores investimentos pelos gestores públicos de saúde. Ainda, a dificuldade em relacionar sexualidade e religiosidade parece ainda ser um tópico a ser desmistificado pelo grupo e que, possivelmente pode contribuir para susceptibilidade a essas doenças.

Referências

- [1] REIS, A. O. A., MONTEIRO, N. R. O: Sexualidade e procriação na ótica de jovens de periferias sociais e urbana. Brasil. 2007.
- [2] TUCKER, J. S., HU, J. WENZEL, S. L. et al: Social Network and Individual Correlates of Sexual Risk Behavior Among Homeless MSM Youth_ *Espanha*. 2012

ATAXIA ESPINOCEREBELAR TIPO 7: RELATO DE CASO

Fernanda Alves ARIANO¹, Maressa Gonçalves da PAZ², Fernanda Miranda de OLIVEIRA³, Priscila Martins PEREIRA⁴, Aline Vaz VIEIRA⁵, Viviane de Queiroz CLEMENTINO⁶

1

Enfermeira do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo. Email: feariano@hotmail.com,

2 Enfermeira Residente do Centro de Reabilitação e

Readaptação Dr Henrique Santillo. Email: mary 184@hotmail.com,



3Enfermeira e

Mestra do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo. Email:

fernanda01031988@hotmail.com,

4Supervisora de Enfermagem de Atendimento ao

Paciente Internado do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo.

Email: priscilamp1@yahoo.com.br,

5Supervisora de Enfermagem e Terapia

Intensiva do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo. Email:

alinecostavieira@yahoo.com.br

6 Gerente de Enfermagem e Mestra do Centro de

Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo. Email: vivianeqc@gmail.com.

Introdução: As Ataxias Espinocerebelares (AEC) constituem um grupo complexo de doenças neurodegenerativas, sendo frequentemente fatais, são herdadas de modo vertical e apresentam grande heterogeneidade clínica. Com o avanço da Genética Molecular foi possível demonstrar que o número de loci identificados para as AEC cresce a cada ano¹. As ataxias podem ser classificadas em: sensitiva, frontal, vestibular e/ou labiríntica e cerebelar. Na AEC Tipo 7 ocorre uma mutação na proteína Ataxina 7. Essa mutação resulta em perda neuronal afetando, principalmente, as células do cerebelo, regiões do tronco encefálico, complexo olivar inferior e retina³. Nesta doença encontra-se associação de ataxia cerebelar com déficit visual progressivo, decorrente de degeneração da retina, bem como sinais piramidais, oftalmoplegia, parkinsonismo, movimentos sacádicos lentos e fraqueza muscular². O quadro clínico manifesta-se desde a infância até os 60 anos de idade, com uma progressão rápida da doença quanto mais jovem for o indivíduo. As AECs possuem prevalência geográfica variável e uma alta incidência na Suécia, Finlândia, Estados Unidos e China. Diante da multiplicidade de formas clínicas e da diversidade de Ataxias, à assistência de enfermagem é requerida muitas das vezes a este paciente. Assim o enfermeiro precisa fundamentar sua prática gerencial e assistencial na Sistematização da Assistência Enfermagem (SAE). As etapas da SAE são: Investigação, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Prescrição de Enfermagem e Avaliação da Assistência de Enfermagem. Quando um enfermeiro sistematiza ele contribui para a qualidade na assistência, conquista sua autonomia e gerência o cuidado⁴. Objetivo: Relatar a experiência da assistência prestada a uma paciente com diagnóstico de Ataxia Espinocerebelares Tipo 7 por Enfermeiras de um Centro de Reabilitação e Readaptação do



estado de Goiás. Descrição Metodológica: Foi realizada a investigação do caso e todas as etapas da SAE. A coleta de dados foi realizada durante dois momentos, o primeiro foi durante a assistência prestada a paciente, já que esta encontrava-se internada no Posto Clínico da referida Instituição. O segundo foi através das informações contidas no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Para nortear o levantamento dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) utilizou-se o raciocínio de Risner com base em suas sete etapas, sendo elas: categorização; identificação de lacunas; agrupamento dos dados; comparação entre os dados e referência; inferência sobre o problema; relação causal e impressão diagnóstica de enfermagem. Resultados e discussão: Foi composto por cinco etapas. Investigação: E.S.A., do sexo feminino, 14 anos, reside em Goiânia, vive com os pais e irmã. Acompanhante nega tabagismo e etilismo. Religião evangélica, ensino médio incompleto, tinha como principal atividade ir à igreja. Histórico familiar não conhecido (filha adotiva). História da Doença Atual: Aos 06 anos de idade apresentou alteração na visão, após ter perda de visão progressiva, indo em várias consultas com Oftalmologista, sendo a última no Centro de Referência de Oftalmologia do Hospital da Clínicas (CEROF/HC), onde foi encaminhada para um Neurologista para identificação do provável diagnóstico. Neste período foi apresentando alteração de marcha e já realizava reabilitação motora no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo. No dia 30/05/2016 deu entrada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com quadro de crises convulsivas e rebaixamento do nível de consciência. Com a progressão da doença teve, ainda, 05 novos episódios de internação na UTI devido quadro infeccioso com diferentes focos. No presente momento, paciente internada no Posto Clínico, acamada, torporosa, couro cabeludo e nariz sem alterações. Perca de visão total, porém com integridade do aparelho ocular. Dentição completa, em uso de placa miorreaxante. Encontra-se emagrecida com exposição das proeminências ósseas. Alimentação e hidratação por sonda de gastrostomia. Tórax elíptico com Murmúrios Vesiculares em base de pulmão e Estertor em ápice, faz uso de traqueostomia plástica e suplementação de oxigênio em tenda. Bulhas Normofonéticas em 2 tempos, com episódio de taquicardia e apnéia. Abdômen plano e tenso, indolor a palpação e sem massa e herniações. Membros sem edemas e lesões. Eliminações vesicais e intestinais em fralda devido alteração cognitiva. Apresenta um padrão de decorticação e espasticidade em membros. Pele hidratada, com Lesão por Pressão (LPP) sacral estágio 4. Diagnósticos de Enfermagem: Os DE prioritários foram: Risco de Aspiração relacionado a presença de sonda de gastrostomia, traqueostomia e ao nível de consciência; Integridade tisular prejudicada relacionada ao emagrecimento com exposição das proeminências ósseas e imobilidade caracterizado por LPP estágio 4. Planejamento: Melhora do aspecto



da LPP em região sacral e prevenção de novas lesões e de broncoaspiração. Prescrições de Enfermagem: As prescrições utilizadas foram: Monitorar e registrar sinais de broncoaspiração; orientar quanto a manter a cabeceira elevada em 30°C no momento de oferta da dieta; realizar aspiração das vias aéreas, quando secreção presente; monitorar padrão respiratório; realizar curativo em LPP sacral uma vez ao dia após o banho; orientar a mudança de decúbito de 2 em 2 horas; orientar quanto a troca de fraldas; orientar a manter a pele seca e hidratada e orientar a manter o curativo protegido durante banho. Avaliação da Assistência de Enfermagem: Durante a internação a paciente não apresentou aberturas de novas LPPs. A LPP em região sacral estava, inicialmente, em estágio 3, agora está em estágio 4, dada os vários quadros de infecção, interferindo no processo de cicatrização, entretanto, houve melhora da quantidade de exsudato. Estudos mostram que a infecção é a causa mais comum de atraso no processo de cicatrização, prejudicando a epitelização⁶. Durante a internação, a paciente não apresentou episódios de broncoaspiração, deste modo, podemos perceber a importância da SAE para o enfermeiro no contexto de avaliação, tratamento e prevenção de LPP e na prevenção da broncoaspiração. O uso da SAE nesse estudo possibilitou uma assistência de qualidade e individualizada ao cliente. Conclusão: A Assistência de Enfermagem ao paciente com diagnóstico de Ataxia Espinocerebelares favorece ao enfermeiro uma visão holística sobre a necessidade do cliente, proporcionando conforto e qualidade na assistência prestada. Diante do exposto, a SAE contribui de forma positiva no plano de cuidados da enfermagem.

Referências:

1. Trott A, Maris AF, Miranda GB. Ataxias espinocerebelares causadas por expansão de poliglutamina: uma revisão. *Rev Neurociências*. 2010;18(4):512-522.
2. Teíve HAG. Ataxias Espinocerebelares. *Rev. Neurociências*. 1997;5(2): 07-15.
3. Zeigelboim BS, Dumke C, Klagenberg KF, Mengelberg H. Ataxia espinocerebelar tipo 7. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol*. 2011; 23(2): 5-9
- 4,5. Soares MI, Resck ZMR, Terra FS, Camelo SHH. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. *Esc Anna Nery*. 19(1):47-53, 2015.
6. Tazima MFGS, Vicente YAMVA, Moriya T. Biologia da ferida e cicatrização. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2008; 41 (3): 259-64.



A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA FRENTE À MORTE ENCEFÁLICA

JORDANA ALVES BARBOSA DOS SANTOS¹

MARIA LUZIA SILVA LIMA²

Gillalia Mendes RIBEIRO³

MARISLEI ESPÍNDULA BRASILEIRO⁴

Pontifícia Universidade Católica de Goiás - ana_droj@hotmail.com

Universidade Salgado de Oliveira – sl.marialuzia@hotmail.com

Universidade Paulista - gillhirto@hotmail.com

Pontifícia Universidade Católica de Goiás - marislei@cultura.trd.br

Introdução: Ao vivenciar a atuação do enfermeiro perante a morte encefálica observou-se falhas na correta execução das etapas do protocolo. Isso ocorre por ser um assunto atual entre os profissionais de enfermagem exigindo mais estudos a respeito e devido às inúmeras funções do enfermeiro dentro da unidade de terapia intensiva¹. Ademais, a falta de capacitação do profissional pela instituição na qual trabalha bem como o pouco conhecimento técnico científico sobre o assunto também propicia o incorreto manejo do protocolo de assistência ao paciente em morte encefálica². **Objetivo:** Portanto, este trabalho pretende identificar o papel do enfermeiro frente à morte encefálica dentro da Unidade de Terapia Intensiva. **Descrição Metodológica:** Tem-se uma Revisão Integrativa de Pesquisa, com pesquisa nas bases de dados Scielo, BIREME, Medline e Pubmed por meio dos descritores: transplante, morte encefálica, enfermagem e assistência. Os artigos utilizados possuem periodicidade de 2012 a 2017. Após a pesquisa seguiu-se as seguintes etapas: Leitura, fichamento, análise e descrição dos resultados. **Resultados:** Westphal *et. al* (2016)³ aponta que é responsabilidade do enfermeiro realizar o controle dos dados hemodinâmicos do potencial doador. Kramer e Doig (2017)⁴ afirma ser necessário que o enfermeiro possua conhecimentos sobre repercussões fisiopatológicas próprias da morte encefálica, já Pestana *et. al* (2013)⁵ constata a importância da comunicação do enfermeiro com a CIHDOTT e com a família do potencial doador. Assim, a atuação do enfermeiro frente ao protocolo de morte encefálica é de suma importância e deve ser realizado de forma correta para garantir um efetivo processo de doação de órgãos.

¹Relatora. Pós-graduanda em Unidade de Terapia Intensiva pelo Centro de Estudos em Enfermagem e Nutrição. Email: ana_droj@hotmail.com.

²Pós-graduanda em Unidade de Terapia Intensiva pelo Centro de Estudos em Enfermagem e Nutrição. Email: sl.marialuzia@hotmail.com

³Graduanda de enfermagem pela Universidade Paulista. Email: gillhirto@hotmail.com.

⁴Orientadora. Doutora em ciências da religião. Mestre em enfermagem. Enfermeira. Email: marislei@cultura.trd.br.



Conclusão: Conclui-se que o papel do enfermeiro intensivista consiste em verificar e manter as funções hemodinâmicas do paciente até o diagnóstico final de morte encefálica, atuar na manutenção de órgãos e tecidos que poderão ser doados, dialogar com os familiares do paciente para promover o transplante e interagir com a central de transplantes. Entretanto, há uma necessidade de capacitação desses profissionais para haver um correto processo para o transplante de órgãos e tecidos do paciente em morte encefálica. **Contribuições para a enfermagem:** O presente trabalho mostra o papel do enfermeiro intensivista no processo de doação e transplante de órgãos e como deve ser a correta atuação do profissional perante o paciente com morte encefálica, a equipe multiprofissional e os familiares do potencial doador. Ademais, promove a conscientização sobre a necessidade de uma melhor educação continuada para o enfermeiro sobre o assunto e contribui com as publicações já existentes sobre morte encefálica.

Referências:

1. Ave, ALD, Bernat, JL. Donation after brain circulation determination of death. BMC Med. Ethics. 2017; 18(15): 127-134.
2. Hoseini, STM, Manzari, Z, Khalegi, I. ICU Nurses knowledge, attitude and practice toward their role in the organ donation process from brain-dead patients and factors influencing it in Iran. International Journal of Organ Transplantation Medicine. 2015, 6(3): 105-113.
3. Westphal, GA, Garcia, VD, Souza, RL, Franke, CA, Vieira, KD, Birckholz, VRZ et.al. Guidelines for the assessment and acceptance of potential brain-dead organ donors. Revista Brasileira de terapia intensiva. 2016; 28(3): 220-225.
4. Kramer, AH, Doing, CJ. Time trends in organ donation after neurologic determination of death: a cohort study. Canadian Medical Association Journal. 2017; 5(1): 19-27.
5. Pestana, AL, Santos, JLG, Erdmann, RH, Silva, EL, Erdmann, AL. Lean thinking and brain-dead patient assistance in the organ donation process. Revista Escola de Enfermagem da USP. 2013; 47(1):1-3.

PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO: POSSIBILIDADES PARA A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO HIV.



Raphael Dionisio VITORETTE¹, Sheila Araújo TELES².

¹Universidade Federal de Goiás, Mestrando Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – FEN – e-mail: phaelvitorette@gmail.com;

²Universidade Federal de Goiás, Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – FEN – e-mail: sheila.fen@gmail.com.

INTRODUÇÃO. A profilaxia pós-exposição (PEP) é uma tecnologia de prevenção oferecida a indivíduos potencialmente expostos ao HIV, independentemente da categoria de exposição podendo ser oferecida/utilizada em situações de acidentes com material biológico, violência sexual e exposição sexual consentida (Maksud et al., 2015). Consiste no uso de antirretrovirais (ARV) por 28 dias com o objetivo de prevenir a infecção pelo HIV (Kim et al., 2009; Maksud et al., 2015). A *World Health Organization* (2013 p. 192-193) recomenda que enfermeiros iniciem e atuem na manutenção do esquema de primeira linha de ARV para PEP com o intuito de facilitar o acesso a esta estratégia de prevenção. **OBJETIVOS.** Conhecer a estratégia PEP; Identificar a atuação de enfermeiros no manejo da PEP. **METODOLOGIA.** Estudo de revisão bibliográfica utilizando as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *U.S. National Library of Medicine* (PubMed) e em documentos oficiais que tratam da temática. Os artigos foram pesquisados utilizando-se as palavras HIV, PEP e enfermeiro, além de sua variante na língua inglesa, *nurse*. **RESULTADOS.** De acordo com o Ministério da Saúde (2015, p. 11) deve-se observar, para a indicação da PEP: 1) O tipo de material biológico ao qual o indivíduo foi exposto; 2) O tipo de exposição, considerando se este tem potencial para a transmissão do HIV; 3) O tempo transcorrido entre exposição e atendimento; e 4) O status sorológico para HIV da fonte e do acidentado. Com o objetivo de ampliar o acesso a esta estratégia de prevenção, o esquema de ARV foi simplificado, adotando um esquema preferencial, possibilitando assim que profissionais não especialistas no assunto iniciem a PEP em diferentes serviços, como na atenção básica e serviços de urgência (Ministério da Saúde, 2015, p.7-8) Estudo realizado por Kim et al., (2009) demonstra que



enfermeiros, com treinamento adicional, podem ser os principais provedores de cuidados aos indivíduos que requerem PEP. Arend et al., (2013) defende que enfermeiros podem ajudar a aumentar a probabilidade de adesão a PEP. **CONCLUSÃO.** A profilaxia pós-exposição é uma tecnologia importante para evitar a transmissão do HIV em diferentes contextos de exposições, podendo ser ofertado em diversos cenários assistenciais. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM.** Os enfermeiros treinados podem atuar no manejo da PEP, inclusive, aumentando a probabilidade de adesão a esta tecnologia, aspecto fundamental para o sucesso dessa estratégia de prevenção. Deve-se incluir nas agendas dos órgãos reguladores nacionais e universidades discussões sobre prática avançada em enfermagem com o objetivo de qualificar os enfermeiros para atuar em situações complexas.

REFERÊNCIAS.

Maksud I, Fernandes NM, Filgueiras SL. Tecnologias de prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. Rev. Bras. Epidemiol. [Internet]. 2015 [cited 2017 may 09]; 18 Suppl1:104-119. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s1/pt_1415-790X-rbepid-18-s1-00104.pdf

Kim JC, Askew I, Muvhango L, Dwane N, Abramsky T, Jan S, et al. Comprehensive care and HIV prophylaxis after sexual assault in rural South Africa: the Refentse intervention study. BMJ [Internet]. 2009 [cited 2017 may 10]; 338:b515. Available from: <http://www.bmj.com/content/338/bmj.b515>.

World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health. [Internet]. 2013 [cited 2017 may 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf?ua=1

Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV. [Internet]. 2015 [cited 2017 may 10]. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58168/pcdt_ep_20_10_1.pdf.



Arend E, Maw A, de Swardt C, Denny LA, Roland M. South African sexual assault survivors' experiences of post-exposure prophylaxis and individualized nursing care: a qualitative study. J. Assoc. Nurses AIDS Care. [Internet]. 2013 [cited 2017 may 10]; 24(2):154-165. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3485425/>.

LIGA ACADEMICA DE ENFERMAGEM EM SAUDE DA MULHER DA UNIFAN: RELATO DE EXPERIENCIA

Monah Boa SORTE

Marília Cordeiro de SOUSA

Elisângelo Aparecido Costa da SILVA

Wellington Matheus Gomes LIMA

Juliana Marcelino de OLIVEIRA

Lorena Zenha ANDRADE

Sheyla Pereira da SILVA

Introdução: A educação em saúde constitui-se um instrumento de orientação para a prevenção de patologias e promoção da saúde, intermediado por profissionais de saúde, e contribui para a prática de novos hábitos. Nesse sentido tem se destacado que é necessário a abordagem as questões que permeiam a saúde da mulher, objetivando valorizar os seus saberes e emponderá-las nas decisões e escolhas nos diferentes ciclos da vida. Objetivo: Relatar a experiência de acadêmicas de graduação da Faculdade Alfredo Nasser nas atividades desenvolvidas pela Liga Acadêmica de Enfermagem em Saúde da Mulher (LAESM). Materiais e métodos: Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, na modalidade de relato de experiência, a partir da vivência de acadêmicas de graduação com as atividades desenvolvidas pela LAESM. As atividades ocorreram durante o segundo semestre de 2016 na cidade de Aparecida de Goiânia-GO, coordenado pela enfermeira e docente da disciplina de Saúde da Mulher. Resultados e discussão: A equipe de



enfermagem foi composta por acadêmicos e enfermeira/docente, abordou os seguintes temas: infecções sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, prevenção de câncer de mama e colo de útero. Os conteúdos foram ministrados por meio de aulas expositivas e dialogadas, rodas de conversa, técnicas grupais, abordagem individualizada em eventos promovidos pela LAESM. Considerações finais: As atividades de educação em saúde são fundamentais para a promoção da saúde e prevenção de complicações durante a vida da mulher. Às acadêmicas e enfermeira/docente propiciaram um olhar diferenciado para as necessidades das mulheres, identificando que algumas lacunas na assistência que podem ser supridas pela enfermagem.

Palavras-chaves: Educação em Saúde; Mulher; Enfermagem.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011

LEMOES, Adriana. Grupos educativos em contracepção: narrativas e práticas de enfermeiras. *Cogitare enferm.*, v. 16, n. 1, p. 36-42, 2011.

PICHON-RIVIÉRE, Enrique. O Processo Grupal. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

UTILIZAÇÃO DE ATIVIDADE LÚDICA PARA A SENSIBILIZAÇÃO DA POPULAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DA DENGUE

Tatiane Ribeiro SANTOS*, Carminha Lopes da Silva MACEDO*, Thais Helena da SILVA*, Thamires Fernandes VIEIRA; * Sergiane Bisinoto ALVES**, Vanusa



Claudete Anastacio Usier LEITE**, Sílvia Rosa de Souza TOLEDO***, Kênia
Alessandra de Araújo CELESTINO***

*Discentes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

**Doutoras em enfermagem. Docentes da Pontifícia Universidade
Católica de Goiás

***Mestres em enfermagem. Docentes da Pontifícia Universidade
Católica de Goiás

Endereço eletrônico: tatihribeio@gmail.com

Introdução: Dengue é uma doença infecciosa causada por um arbovírus. Apresenta incidência de cerca de 100 milhões de casos/ano em uma população de risco de 2,5 a 3 bilhões de seres humanos⁽¹⁾. A dengue é transmitida por várias espécies de mosquito do gênero *Aedes*, principalmente o *Aedes aegypti*. Como não há vacina disponível no mercado, a melhor forma de evitar a epidemia é a prevenção, por meio da redução ou destruição do habitat do mosquito, da população de mosquitos transmissores e da limitação da exposição a picadas. Para diminuir este problema de saúde pública, é preciso desenvolver junto à população, estratégias que promovam conscientização e corresponsabilização sobre o papel de cada um na prevenção da dengue. Para isto, faz-se necessário utilizar estratégias lúdicas, que despertem interesse, promovam reflexão e mudanças de atitudes. Este trabalho objetiva descrever a experiência de acadêmicas de enfermagem no desenvolvimento de uma atividade lúdica de promoção da saúde com foco na prevenção da dengue. **Método:** A atividade lúdica foi desenvolvida em abril de 2017, durante a prática clínica das acadêmicas de enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás em uma unidade de atenção primária à saúde, em Goiânia. Foi realizado um teatro, elaborado e encenado pelas próprias acadêmicas. O teatro ocorreu na entrada do serviço de saúde, no período matutino. A entrada da unidade de saúde foi caracterizada como cenário principal, composto por duas cenas: uma representando uma casa com quintal com muitos resíduos como possíveis criadouros do mosquito e outra um quintal sem criadouros. Os personagens do teatro eram um agente comunitário de



saúde, um agente de combate as endemias, um personagem caracterizado como mosquito da dengue e dois vizinhos: um morador de uma casa sem criadouro do mosquito e outro de uma casa com possível criadouro de mosquito. Foram convidados a assistir ao teatro todos os usuários do serviço de saúde, os trabalhadores da unidade e as pessoas que transitavam nas proximidades. **Resultados:** O teatro iniciou com o “mosquito” transitando por todas as cenas, inclusive entre a platéia. Os agentes de saúde visitaram as casas, verificaram os quintais e orientaram os moradores quanto à importância da constante vigilância e do cuidado com as casas e quintais. Os possíveis criadouros foram retirados pelos agentes de saúde e moradores. Uma das moradoras apresentou sintomas característicos de dengue e foi orientada a procurar uma unidade básica de saúde, a ingerir bastante líquido, ficar em repouso e a não se automedicar. Ao final da apresentação, o narrador promoveu uma discussão com a platéia, sobre o papel de cada um na prevenção da dengue e outras doenças transmitidas pelo mosquito. Todos foram convidados a cantar uma paródia que retrata as formas de prevenção da doença. **Conclusão:** A estratégia desenvolvida despertou interesse dos participantes, possibilitou interação, troca de conhecimento sobre as formas de prevenção da doença e responsabilidades de cada cidadão. **Contribuições para a enfermagem:** O enfermeiro, enquanto responsável pela educação em saúde da população precisa desenvolver estratégias assertivas e diversificadas para a sensibilização e dialogo com os usuários.

REFERÊNCIA

- 1- Costa, AIP. Identificação de unidades ambientais urbanas como condicionantes de ocorrência de *Aedes aegypti* (Diptera Culicidae) e de dengue na cidade de São José do Rio Preto em São Paulo, 1995 {Dissertação de mestrado – Faculdade de Saúde pública da USP}.



PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADA A CATETER DE INSERÇÃO PERIFÉRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Bruna Heloiza Mota BATISTA, Jessica Lorana Rodrigues GUIMARÃES, Jamily Otoni MARTINS, Stephanie Santos PARENTE, Camila Freitas PAIVA, Kleiton Junio de CARVALHO

Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO

Brunaheloiza96@hotmail.com

Introdução: A utilização de cateteres intravasculares, além de benefícios possui riscos inerentes ao seu uso, especialmente os eventos infecciosos, que são multifatoriais e ocasionam alta taxa de mortalidade. ⁽¹⁾ As taxas de infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateter variam de acordo com o sítio e a técnica de inserção, número de lumens, tipo de cateter, tempo de permanência, fatores intrínsecos do paciente, tipo de solução infundida e preparo da equipe. ⁽²⁾ O processo de punção venosa periférica, é um procedimento que se caracteriza pela colocação de um dispositivo no interior do vaso venoso, podendo ou não ser fixado à pele, e que requer cuidados e controle periódico, em caso de sua permanência. ⁽³⁾ **Objetivo:** Descrever a atuação do enfermeiro na prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso de inserção periférica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo com pesquisa de artigos dos últimos dez anos utilizando-se os seguintes descritores: Infecção Hospitalar; Cateter venoso; Corrente sanguínea. Foram excluídos artigos que não contemplavam o recorte temporal definido, artigos em língua estrangeira e que apresentavam fuga do tema. Além disso, relato de experiência de uma observação realizada por acadêmicas de enfermagem em um hospital de Goiânia. **Resultados e Discussões:** Durante visita realizada em um hospital de Goiânia foi realizada observação da técnica de punção venosa. Constatou-se a realização correta de antisepsia para a punção, além disso, o uso adequado de equipamentos de proteção individual e registro da data e horário do procedimento. O papel do enfermeiro na prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea na



instalação dos cateteres venosos periféricos inclui: lavagem das mãos com antisséptico e uso da paramentação completa, antisepsia com álcool 70%, uso de campos estéreis. Após a instalação do catéter, manter curativo oclusivo com gaze seca ou curativa transparente semipermeável. ⁽¹⁾ É necessário ressaltar que a observação e manutenção do curativo em perfeito estado é importante para a prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea. **Conclusão:** Constatou-se, durante a visita, a técnica correta de antisepsia para prevenção e controle de infecção na corrente sanguínea por cateter periférico em hospital de Goiânia. Ampliou-se o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem a respeito das práticas e técnicas usadas no procedimento para se obter um acesso venoso com as medidas preventivas no controle de infecção hospitalar. **Contribuições/implicações:** O conhecimento técnico-científico do profissional enfermeiro contribui com a diminuição do risco de infecção em corrente sanguínea relacionada à catéter periférico. Melhora a qualidade da assistência e bem estar do paciente.

Referências bibliográficas:

1. Machado A, Ferraz A, Ferraz E, Arruda E, Nobre J, Konkewicz L, et al. Prevenção da Infecção Hospitalar. Sociedade Brasileira de Infectologia. 2001;: p. 23.
2. Mendonça KM, Neves HCC, Barbosa DFS, Souza ACSe, Tipple AFV, Prado MAd. ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO DE CORRENTE SANGUÍNEA RELACIONADA A CATETER. Rev. enferm. UERJ. 2011 abr-jun; 19(2).
3. Torres MM, Andrade Dd, Santos CBd. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005 maio-junho; v.13(n.3).

EVIDENCIAS CIENTIFICAS DA LITERATURA ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO E A SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES PRISIONAIS.



Autores: Wellington Matheus Gomes LIMA¹, Marília Cordeiro de SOUSA²,
Elisângelo Aparecido Costa da SILVA³, Nubia Aguiar MARINHO⁴, Monah Boa
SORTE⁵, Luanna Duquiza Ribeiro Teixeira PACHEDO⁶, Tanandra Myneli Vieira
Santos de OLIVEIRA⁷

1. Acadêmico de Enfermagem da UNIFAN, membro da Liga Acadêmica de Enfermagem da Saúde da Mulher (LAESM) e-mail: wmatheus.lima@gmail.com;
2. Enfermeira Neonatologista, Mestre em Enfermagem pela UFG, e-mail: maacsousa@hotmail.com;
3. Enfermeiro Emergencista, Mestre em Enfermagem pela UFG, e-mail: elisangelo@hotmail.com;
4. Enfermeira Auditora, e-mail: nubiamarinho.enf@hotmail.com;
5. Acadêmica de Enfermagem da UNIFAN, membro da Liga Acadêmica de Enfermagem da Saúde da Mulher (LAESM) e-mail: monahsantos@hotmail.com;
6. Acadêmica de Enfermagem da UNIFAN, membro da Liga Acadêmica de Enfermagem da Saúde da Mulher (LAESM) e-mail: dquiza@gmail.com;
7. Acadêmica de Enfermagem da UNIFAN, membro da Liga Acadêmica de Enfermagem da Saúde da Mulher (LAESM) e-mail: laesm2016@gmail.com

Introdução: O trabalho pode ser compreendido em um universo de significados, cujas transformações resultam em modificações no modo de vida dos indivíduos (GRISCI, 1999). No sistema prisional, o trabalhador prisional encontra-se em risco, estando exposto a situações que geram agravos a saúde, uma vez que é acompanhada por relações de prazer e sofrimento. O sentimento de prazer edifica, enquanto o sofrimento desestabiliza, e para lidarem com esses sentimentos os profissionais desenvolvem estratégias de defesa sejam coletivas ou individualizadas (MENDES, 2007). Ressalta-se que sofrimento não é sinônimo de doença, nem prazer é sinônimo de saúde, e a relação entre esses sentimentos é estreita e frágil (ALMEIDA; MERLO, 2008).
Objetivo: Discorrer sobre o processo de trabalho nas instituições prisionais e as repercussões na saúde mental dos trabalhadores. **Descrição metodológica:** Este estudo foi de abordagem qualitativa, com revisão integrativa da literatura,



foi realizado no período 2011 a 2016, disponíveis on line, em português, a busca ocorreu no mês de abril de 2017. Após a aplicação dos critérios de inclusão e leitura sistemática foram selecionados 5 artigos. Resultados e discussão: Em relação ao ano de publicação prevaleceu 2013 com 3 artigos, seguido de 2015 e 2011 com 1 cada, metodologia do tipo qualitativa, todos com publicação igualitária nas revistas, uma em cada. É possível apontar que os trabalhadores prisionais estão expostos a diversos fatores que aumentam os riscos de desenvolverem doenças psicossociais, constituindo-se em um importante determinante para a saúde mental dos mesmos. Prazer e sofrimento são sentimentos ambíguos e presentes, cita-se respectivamente como exemplo, o cumprimento das obrigações e a precariedade das condições de trabalho. Além disso, desmotivação, impotência, falta de reconhecimento e qualidade de vida, são sentimentos que norteiam a vida destes profissionais. Destaca-se ainda que há uma resistência por parte das instituições carcerárias em se discutir sobre o sofrimento destes trabalhadores, uma vez que é necessário a articulação de áreas cíveis e judiciárias para discutir a criar mecanismos de apoio e proteção para os mesmos (TSCHIEDEL; MONTEIRO, 2013). Considerações finais: A análise dos trabalhos permitiu identificar que há ambiguidade nos sentimento vivenciados pelos profissionais, além disso, muto profissionais desenvolvem estratégias de defesa, como negação e racionalização, para vivenciarem a realidade. Portanto, é necessário que políticas publicas de saúde sejam reestruturadas com o objetivo de promover, prevenir e minimizar o sofrimento, garantindo atendimento diferenciado aos trabalhadores prisionais, haja visto que as condições de trabalho são ameaçadoras e adversas.

PALAVRAS-CHAVES: Trabalhador prisional; Saúde Mental; Enfermagem.

REFERÊNCIAS:



Grisci, CLI. Trabalho, tempo e subjetividade: impactos da reestruturação produtiva e o papel da psicologia nas organizações. *Psicologia: Ciência & Profissão*, 1999, 19(1): 2-13 .

Mendes, AM. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In A. M. Mendes (Org.), *Psicodinâmica do Trabalho: Teoria, Método, Pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

Almeida, LL; Merlo, ARC. Manda quem pode, obedece quem tem juízo: Prazer e sofrimento psíquico em cargos de gerência. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2008, 11(22), 139-157.

Tschiedel, RM; Monteiro, JK. Prazer e sofrimento no trabalho das agentes de segurança penitenciária. *Estud. psicol.*, 2013, 18(3): p. 527-535.

A CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS: REVISÃO SISTEMÁTICA.

Autores: Monah Boa SORTE¹, Marília Cordeiro de SOUSA², Elisângelo Aparecido Costa da SILVA³, Lorena Zenha ANDRADE⁴, Wellington Matheus Gomes LIMA⁵, Luanna Duquiza Ribeiro Teixeira PACHEDO⁶, Tanandra Myneli Vieira Santos de OLIVEIRA⁷

1. Acadêmica de Enfermagem da UNIFAN, membro da Liga Acadêmica de Enfermagem da Saúde da Mulher (LAESM) e-mail: monahsantos@hotmail.com ,
2. Enfermeira Neonatologista, Mestre em Enfermagem pela UFG, e-mail: maacsousa@hotmail.com,
3. Enfermeiro Emergencista, Mestre em Enfermagem, e-mail: elisangelo@hotmail.com ,
4. Enfermeira Auditora, e-mail: lorenazinha@hotmail.com;
5. Acadêmico de Enfermagem da UNIFAN, membro da Liga Acadêmica de Enfermagem da Saúde da Mulher (LAESM) e-mail: ;
6. Acadêmica de Enfermagem da UNIFAN,



membro da Liga Acadêmica de Enfermagem da Saúde da Mulher (LAESM) e-mail: dquiza@gmail.com, 7. Acadêmica de Enfermagem da UNIFAN, membro da Liga Acadêmica de Enfermagem da Saúde da Mulher (LAESM) e-mail: laesm2016@gmail.com

Introdução: A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) apresenta diferenças no que refere-se à cultura de segurança do paciente o que poderia explicar uma variação nos resultados de saúde da neonatologia. Os recém-nascidos prematuros (RNPT) são frágeis, e na maioria das vezes, apresentam-se gravemente comprometidos, estando expostos a intervenções diversas, intensivas e complexas. Portanto, isto os tornam vulneráveis a falhas na assistência multidisciplinar e na segurança do paciente (OLSEN, et al, 2002; LUCRO, et al, 2006). Compreende-se que a segurança do paciente é o ato de evitar, prevenir e melhorar lesões e resultados adversos advindo do atendimento assistencial hospitalar. Assim sendo, a segurança do paciente é uma necessidade básica, bem como um direito dos pacientes ao receberem assistência nos serviços de saúde. Objetivo: Identificar as principais estratégias para a promoção da cultura de segurança do paciente na UTIN. Metodologia: A busca das referências ocorreu no mês de abril de 2017, nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed, permitiu identificação de 7 artigos que se adequaram aos critérios estabelecidos, como disponível na íntegra, idioma português e inglês, entre os anos de 2012 a 2017. Resultados: Em relação aos anos de publicação dos 7 artigos identificados prevaleceu o ano de 2015 com 3 (43%) publicações, seguido de 2012 e 2014 com 2 (28,5%) publicações cada. Em relação ao idioma prevaleceu o inglês com 5 (71%) artigos, seguido do português com apenas 2 (29%) artigos publicados. Discorrer sobre a cultura da segurança do paciente depende da avaliação da cultura da organização, bem como da atitude dos profissionais da equipe de saúde e dos vários grupos para levar em consideração os efeitos da cultura nos resultados da segurança do paciente. Assim, compreender a cultura existente é essencial para implementar mudanças e melhorar a qualidade da assistência rumo aos objetivos desejados. A falha humana, a fragilidade nas instituições de saúde, problemas



na utilização e manuseio de dispositivos tecnológicos e comunicação, dimensionamento inadequado da equipe multiprofissional, bem com o excesso de atividades e conhecimento profissional limitado sobre segurança são fatores intimamente relacionados a segurança do paciente (JIRAPAET, JIRAPAET, SOPAJAREE, 2006). Além disso, o estresse relaciona-se com situações de vulnerabilidade e comprometimento da segurança do paciente. A cultura institucional é um dos pilares para a segurança do paciente, dentre os itens importantes destaca-se a boa comunicação, confiança, abordagem não punitiva ao erro, compromisso da gestão da unidade hospitalar com a segurança, compartilhamento da importância da temática e aprendizado organizacional (VINCENT, 2009; SORRA, NIEVA, 2004). Portanto, esses são valores essenciais na promoção da cultura em busca da melhoria da segurança do paciente. Conclusão: Em relação ao RNPT que necessita de cuidados na UTIN, a temática segurança do paciente é ainda mais importante visto que esses são mais indefesos e estão suscetíveis a procedimentos diversos e diários. Portanto, é necessário que os profissionais da equipe multidisciplinar pratiquem a cultura da segurança no paciente na UTIN visando promover uma assistência de qualidade e melhorando as taxas de morbimortalidade no período neonatal.

PALAVRAS-CHAVES: segurança, paciente, unidade de terapia intensiva neonatal e cultura.

REFERÊNCIAS

Olsen IE, Richardson DK, Schmid CH, et al. Diferenças entre locais na velocidade de crescimento do peso dos prematuros extremos. *Pediatrics*. 2002;110: 1125-1132.

Lucro J, Zupancic JA, McCormick MC, et al. Crianças moderadamente prematuros no Programa de Atendimento Médico Kaiser Permanente na Califórnia são descarregados para casa mais cedo do que seus pares em Massachusetts e no Reino Unido. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2006; 91 :



Jirapaet V, Jirapaet K, Sopajaree C. The nurses' experience of barriers to safe practice in the neonatal intensive care unit in Thailand. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006; 35:746-54.

Vincent C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Editora Yendis; 2009. p.87.

Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract nº 290- 96-0004). AHRQ Publication nº 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; Sep 2004.

EMPREENDEDORISMO EM ENFERMAGEM DERMATOLÓGICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Allana Vieira LIMA¹; Henglika Francisca da SILVA²; Hellen Kássia Rezende SILVA³; Maria Aparecida dos Santos MENDONÇA⁴; Kellyane Ramos da SILVA⁵; Wanessa de Kássia Alves Melo COIMBRA⁶; Rayana Gomes Oliveira LORETO⁷.

1- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: allana.vlima@gmail.com

2- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: heglikasilva@gmail.com

3- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: hellenrezendeca@hotmail.com

4- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: masmmary@gmail.com

5- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: kellyramos95@gmail.com

6- Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética: clinicadecurativos@gmail.com

7- Pontifícia Universidade Católica de Goiás. rayana.loreto@hotmail.com

Introdução: O empreendedorismo tem avançado nas últimas décadas, em decorrência das transformações econômicas, tecnológicas e da globalização¹. Estudos apontam que as vagas de emprego para enfermeiros em hospitais e demais serviços de saúde do Brasil, estão cada vez mais disputadas. Assim, surgiu a necessidade de readaptar a carreira, idealizar um negócio próprio, definir metas e inovar². Estudos



acerca do mercado de trabalho apontam que, no início do século 20, 80% dos profissionais enfermeiros norte-americanos desenvolviam suas atividades no serviço privado. Isso vislumbra que o empreendedorismo é um aspecto pouco explorado na prática de enfermagem³. Sendo o empreendedorismo um campo amplo onde o enfermeiro pode atuar em diversas modalidades, dentre elas o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), que permite uma atuação autônoma e empreendedora⁴. **Objetivo:** Relatar experiência do empreendedorismo em enfermagem dermatológica, na visão da Liga Acadêmica de Curativos. **Método:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado por acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem atuantes como membros da Liga Acadêmica de Curativos (LAC/PUC Goiás) vinculada a Escola de Ciências Sociais e da Saúde. O relato foi realizado através de palestra ministrada para os membros da liga acadêmica em março de 2017, em que descreveu a experiência de uma enfermeira empresária há oito anos no ramo de enfermagem dermatológica pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Feridas e Estética (SOBENFeE). **Resultados:** Com três anos de formada, enquanto atuava como professora universitária observou, em campo de estágio, a necessidade de uma empresa que garantisse continuidade ao cuidado do paciente em alta hospitalar. Em 2009, realizou uma busca por serviço de atendimento exclusivo ao tratamento de feridas, até então escassos. Assim, optou pela criação de um serviço *Home Care* e dentro da empresa o tratamento de feridas. Inicialmente um dos principais enfrentamentos foi a gestão de pessoas. Ela descreve que durante a formação de enfermagem pouco se é discutido sobre gestão de pessoal, percebendo à necessidade de mais embasamento nessa área. O enfermeiro empreendedor tem a necessidade de ter domínio sobre finanças, marketing, locatividade e gestão de pessoal. Apesar de todos os desafios, a empresa atingiu objetivos como a internação domiciliar de alta complexidade com ventilação mecânica; se atualizar quanto as novas recomendações e consensos na área de atenção domiciliar e; prevenção e tratamento de feridas, que são de suma importância para o sucesso do profissional e da empresa. **CONCLUSÃO:** Podemos inferir que a Enfermagem empreendedora ainda é algo novo, pouco abordado na formação acadêmica, porém uma carreira rentável, que garante total autonomia ao Enfermeiro e que propicia amplas possibilidades que, podem ser transformadas em negócio. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Esse estudo traz um exemplo exitoso das amplas áreas de atuação da profissão, contribuindo para discussões sobre a importância da capacitação do enfermeiro para atuar em diversas



vertentes, especialmente fora do habitual e serve de objeto de reflexão para os educadores sobre como inserir o empreendedorismo no processo do ensino aprendizagem. Assim, faz-se necessária a aplicabilidade dessa temática na formação profissional, no intuito de formar enfermeiros com embasamento sólido e segurança de atuação.

REFERENCIAS

- 1- Morais JA, Haddad MCL, Rossaneis MA, Silva LGC. Práticas de enfermagem empreendedoras e autônomas. *CogitareEnferm.* São Paulo: 2013;18(04):695-701. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46422/27872>.
- 2- Roncon PF; Munhoz S. Estudantes de enfermagem têm perfil empreendedor? *Rev Bras Enferm.* São Paulo: 2009;62(5):695-700. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/home/download/perfilempreendedor.pdf>.
- 3- Whelan, JC. When the Business of Nursing was the Nursing Business: The Private Duty Registry System, 1900-1940. *ANA Periodicals - OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing.* Georgia (USA): 2012;10(2). Disponível em: <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No2-May-2012/Private-Duty-Registry-System-1900-1940.html>
- 4- Leão ACA; Souza RMC; Valente CGS; Viana LO. A formação do enfermeiro para a assistência de Portadores de necessidades especiais, com Paralisia cerebral, submetidos à internação Domiciliar. *Rev Eletrônica Cuatrimestral de Enfermería.* Rio de Janeiro: 2009; n.16, p.1-10. Disponível em: <http://docplayer.com.br/1218113-Empreendedorismo-em-enfermagem-relatos-de-sucesso.html>.



MONITORIA EM SAÚDE COLETIVA: UM RELATO EXPERIÊNCIA

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

www.pucgoias.edu.br

Aline Bueno COELHO, Karla Prado de Souza CRUVINEL

Introdução: A monitoria é uma atividade pedagógica desenvolvida pelo acadêmico em uma determinada disciplina, sendo o mesmo orientado pelo professor da mesma. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (lei nº 9394/96)¹ traz em seu artigo nº 84 o seguinte: “[...] Os discentes da educação superior poderão ser aproveitados em tarefas de ensino e pesquisa pelas respectivas instituições, exercendo funções de monitoria, de acordo com seu rendimento e seu plano de estudos”. É previsto nas diretrizes curriculares do curso de enfermagem² que as atividades complementares estão integradas durante o decorrer da graduação, proporcionando aproveitamento e intensificação dos conhecimentos adquiridos pelo aluno. Entre essas atividades é disposta, logo no início, a monitoria. A prática da monitoria proporciona formação de vínculos e o seu fortalecimento com a academia (professores, funcionários, colegas do curso), contribui para a aprendizagem através do ensino e aperfeiçoamento³.

Objetivos: Relatar as experiências vivenciadas durante a prática de monitoria na área da saúde coletiva, oferecida para acadêmicos de enfermagem de uma instituição de ensino superior de Goiânia-GO. **Descrição metodológica:** O relato de experiência apresentado respaldou-se na descrição das observações coletadas ao longo de dois semestres de prática de monitoria. A monitoria oferecida totaliza uma carga horária de oito horas semanais. O método utilizado para atender os alunos é por meio de agendamentos dentro de dias fixos. Os locais de atendimento são no Programa de Orientação Acadêmica (PROA) e laboratórios de informática. Atualmente, no semestre 2017/1 a



monitoria passou a acompanhar presencialmente as aulas de laboratório da disciplina, juntamente com o docente. Esta obra trata-se de investigação científica, com a exposição de uma realidade vivida em prática para que a partir da compreensão e entendimento contribua na esfera profissional e no campo científico. Os conteúdos descritos são baseados nas vivências e experiências. As vivências da monitoria relatadas tiveram início em agosto de 2016 até maio de 2017. **Resultados:** A monitoria foi instituída pela primeira vez no ensino de nível superior no Brasil, através da lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968, sendo um avanço na educação no Brasil⁴. Na instituição de ensino onde ocorreu o presente relato, o programa de monitoria foi inserido na graduação no ano de 1973 com intuito de qualificar o ensino⁴. A área de saúde coletiva se refere ao estudo do processo saúde-doença numa ponto de vista histórico-social através das atitudes da diversidade de pessoas nas suas relações interpessoais na sociedade em que convivem. Nesta são integrados os determinantes sociais no acolhimento das necessidades de saúde considerando a mesma como um elemento coletivo, sendo as demandas individuais parte da demanda coletiva. A disciplina de Medidas de Saúde Coletiva é uma área dentro da saúde coletiva que estuda padrões atuais da bioestatística dentro do processo saúde doença. As aulas existentes da respectiva disciplina são de preleção e laboratório. É certo que os professores buscam oferecer um ensino horizontal e democratizado, porém devido ao status de conhecimento científico superior, é natural que alunos encontrem barreiras culturais e pessoais para manifestar suas dificuldades mediante o professor e os demais colegas. Já o monitor, este desenvolve uma parceria com o aluno, pois os mesmos são acadêmicos, suas necessidades de vida universitária em parte são similares, bem como a linguagem em que se comunicam. Essa parceria ajustada com o acompanhamento individualizado faz com que o aluno tenha liberdade de expor suas dúvidas e fragilidades com mais frequência, proporcionando maior entendimento e contribuição para sanar as dúvidas remanescentes das aulas ministradas em classe. Além dessa facilidade de comunicação, é perceptível que na minha prática de monitoria desenvolvi várias características, como monitor, sendo uma das mais



perceptíveis a empatia pelo próximo. A formação de vínculos favoreceu que eu procurasse o melhor método de me comunicar, de forma efetiva, respeitosa e cativante, a fim desenvolver um bom relacionamento, proporcionando a troca de contribuições para o processo de ensino e aprendizagem. Quanto ao acesso das turmas aos monitores, já foi vivenciado algumas controversas, porém o curso ampliou o número de monitores da área de saúde coletiva posteriormente. Atualmente a disciplina conta com um quadro de cinco monitores com horários pré-estabelecidos e distribuídos em todos os turnos, garantindo que seja atendida toda a demanda de alunos. Recentemente os monitores estão acompanhando as aulas de laboratório junto ao professor, também se disponibilizando a acompanhar os alunos nas janelas das aulas conforme cronograma do semestre. O acompanhamento durante a aula de laboratório auxiliou o professor no desenvolvimento da aula, tendo o monitor e o professor para tirar dúvidas dos alunos durante as atividades de conteúdos novos. Este acompanhamento proporcionou um atendimento individualizado durante a aula, garantido que o aluno saía da aula com menos dúvidas possíveis. O meu comparecimento nas aulas permitiu que eu tivesse ciência da forma em que foi desenvolvido o conteúdo programático, diminuindo riscos de divergências em monitorias, e favorecendo a atualização do conhecimento de forma presencial. No exercício da monitoria, tenho auxiliado os alunos na superação das limitações pessoais quanto ao uso de computadores, possibilitando que os alunos com maiores dificuldades tenham um nivelamento estudantil, ou seja, que suas carências na educação básica sejam supridas, permitindo um melhor desenvolvimento na sua graduação. Ensinar, segundo Paulo Freire⁵ exige ética, saber escutar, comprometer-se, ter segurança, ter disponibilidade para o diálogo e querer o bem para o aluno. A monitoria desperta a responsabilidade, que instiga o acadêmico a buscar conhecimentos além do que está acostumado a procurar rotineiramente, deslocando o mesmo da sua zona de conforto. É instigada no monitor a afinidade pela área docente, pois é desenvolvida a habilidade de ensinar e compreender as dificuldades dos colegas bem como o apreço pela produção científica³. **Conclusão:** É importante que exista uma reflexão acerca das atividades de monitorias



exercidas, analisar se o método está sendo eficiente e se alcança os objetivos pretendidos. A reflexão começa pelo próprio monitor, desde sua comunicação até o seu nível de conhecimento. Agentes contribuintes para essa melhoria também são os professores orientadores e os próprios alunos. É necessário ter flexibilidade e receber de forma construtiva as críticas, respeitando o ponto de vista do outro. É notória as dificuldades dos alunos em assimilar o conteúdo da disciplina, que reúne conhecimentos de matemática e sistemas informatizados com a saúde coletiva. Assim, o monitor tem auxiliado esses alunos a superar essas dificuldades, atuando como mediador nos estudos de forma respeitosa e solidária. **Contribuições/implicações para a enfermagem:** Para que o acadêmico alcance o perfil estabelecido pelas diretrizes curriculares nacional do curso de graduação em enfermagem¹, é necessário que o mesmo desenvolva o seu conhecimento científico bem como sua capacidade argumentativa, crítica e reflexiva. Além das características já citadas, o monitor desenvolve um perfil de disseminador de conhecimentos, pratica o exercício da autonomia. O mesmo que compartilha também sabe receber e absorver as apreciações para seu aperfeiçoamento profissional e científico. A enfermagem necessita de profissionais solidários e sensíveis, envolvidos com a qualificação do outro no exercício profissional. A monitoria revelou-se como um local de excelência para esta prática na academia.

Referências

1. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional [internet]. Brasília, DF; 1996. [acesso em 2017 mai. 2]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm
2. Brasil. Conselho Nacional de Educação Câmara da Educação Superior. Parecer nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. Dispõe sobre as diretrizes curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição. Diário Oficial da União. 2001 out. 3 [acesso em 2017 abr 27]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>.



3. Natário EG, Santos AAA. Programa de monitores para o ensino superior. Est Psi [Internet]. 2010 [acesso em 2017 abr 21] 2(3): 355-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n3/07.pdf>.

4. Universidade Católica de Goiás (GO). Política de monitoria. Goiânia: Universidade Católica de Goiás; 2008.

5. Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo, SP: Paz e Terra; 1996.

A CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS: REVISÃO SISTEMÁTICA.

Autores: Monah Boa SORTE¹, Marília Cordeiro de SOUSA², Elisângelo Aparecido Costa da SILVA³, Lorena Zenha ANDRADE⁴, Wellington Matheus Gomes LIMA⁵, Luanna Duquiza Ribeiro Teixeira PACHEDO⁶, Tanandra Myneli Vieira Santos de OLIVEIRA⁷

1. Acadêmica de Enfermagem da UNIFAN, membro da Liga Acadêmica de Enfermagem da Saúde da Mulher (LAESM) e-mail: monahsantos@hotmail.com ,
2. Enfermeira Neonatologista, Mestre em Enfermagem pela UFG, e-mail: maacsousa@hotmail.com ,
3. Enfermeiro Emergencista, Mestre em Enfermagem, e-mail: elisangelo@hotmail.com ,
4. Enfermeira Auditora, e-mail: lorenazenha@hotmail.com ;
5. Acadêmico de Enfermagem da UNIFAN, membro da Liga Acadêmica de Enfermagem da Saúde da Mulher (LAESM) e-mail: ;
6. Acadêmica de Enfermagem da UNIFAN, membro da Liga Acadêmica de Enfermagem da Saúde da Mulher (LAESM) e-mail: dquiza@gmail.com ,
7. Acadêmica de Enfermagem da UNIFAN, membro da Liga Acadêmica de Enfermagem da Saúde da Mulher (LAESM) e-mail: laesm2016@gmail.com



Introdução: A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) apresenta diferenças no que refere-se à cultura de segurança do paciente o que poderia explicar uma variação nos resultados de saúde da neonatologia. Os recém-nascidos prematuros (RNPT) são frágeis, e na maioria das vezes, apresentam-se gravemente comprometidos, estando expostos a intervenções diversas, intensivas e complexas. Portanto, isto os tornam vulneráveis a falhas na assistência multidisciplinar e na segurança do paciente (OLSEN, et al, 2002; LUCRO, et al, 2006). Compreende-se que a segurança do paciente é o ato de evitar, prevenir e melhorar lesões e resultados adversos advindo do atendimento assistencial hospitalar. Assim sendo, a segurança do paciente é uma necessidade básica, bem como um direito dos pacientes ao receberem assistência nos serviços de saúde. Objetivo: Identificar as principais estratégias para a promoção da cultura de segurança do paciente na UTIN. Metodologia: A busca das referências ocorreu no mês de abril de 2017, nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed, permitiu identificação de 7 artigos que se adequaram aos critérios estabelecidos, como disponível na íntegra, idioma português e inglês, entre os anos de 2012 a 2017. Resultados: Em relação aos anos de publicação dos 7 artigos identificados prevaleceu o ano de 2015 com 3 (43%) publicações, seguido de 2012 e 2014 com 2 (28,5%) publicações cada. Em relação ao idioma prevaleceu o inglês com 5 (71%) artigos, seguido do português com apenas 2 (29%) artigos publicados. Discorrer sobre a cultura da segurança do paciente depende da avaliação da cultura da organização, bem como da atitude dos profissionais da equipe de saúde e dos vários grupos para levar em consideração os efeitos da cultura nos resultados da segurança do paciente. Assim, compreender a cultura existente é essencial para implementar mudanças e melhorar a qualidade da assistência rumo aos objetivos desejados. A falha humana, a fragilidade nas instituições de saúde, problemas na utilização e manuseio de dispositivos tecnológicos e comunicação, dimensionamento inadequado da equipe multiprofissional, bem como o excesso de atividades e conhecimento profissional limitado sobre segurança são fatores intimamente relacionados a segurança do paciente (JIRAPAET, JIRAPAET, SOPAJAREE, 2006). Além disso, o estresse relaciona-se com situações de



vulnerabilidade e comprometimento da segurança do paciente. A cultura institucional é um dos pilares para a segurança do paciente, dentre os itens importantes destaca-se a boa comunicação, confiança, abordagem não punitiva ao erro, compromisso da gestão da unidade hospitalar com a segurança, compartilhamento da importância da temática e aprendizado organizacional (VINCENT, 2009; SORRA, NIEVA, 2004). Portanto, esses são valores essenciais na promoção da cultura em busca da melhoria da segurança do paciente. Conclusão: Em relação ao RNPT que necessita de cuidados na UTIN, a temática segurança do paciente é ainda mais importante visto que esses são mais indefesos e estão suscetíveis a procedimentos diversos e diários. Portanto, é necessário que os profissionais da equipe multidisciplinar pratiquem a cultura da segurança no paciente na UTIN visando promover uma assistência de qualidade e melhorando as taxas de morbimortalidade no período neonatal.

PALAVRAS-CHAVES: segurança, paciente, unidade de terapia intensiva neonatal e cultura.

REFERÊNCIAS

Olsen IE, Richardson DK, Schmid CH, et al. Diferenças entre locais na velocidade de crescimento do peso dos prematuros extremos. *Pediatria*. 2002;110: 1125-1132.

Lucro J, Zupancic JA, McCormick MC, et al. Crianças moderadamente prematuros no Programa de Atendimento Médico Kaiser Permanente na Califórnia são descarregados para casa mais cedo do que seus pares em Massachusetts e no Reino Unido. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2006; 91 :

Jirapaet V, Jirapaet K, Sopajaree C. The nurses' experience of barriers to safe practice in the neonatal intensive care unit in Thailand. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35:746-54.

Vincent C. *Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos*. São Caetano do Sul: Editora Yendis; 2009. p.87.



Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract nº 290- 96-0004). AHRQ Publication nº 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; Sep 2004.

PRÁTICAS DE ENFERMAGEM FRENTE AO PROGRAMA SAÚDE DO ADOLESCENTE - **PROSAD - DESTACANDO A SEXUALIDADE.**

Ana Carla Pereira Alves da SILVA¹; Camilla Braz de MOURA¹; Jéssica Cardoso de ARAÚJO¹; Lyginna Crhistina Rodrigues MARQUES¹; Thamara Rocha CUNHA¹; May Socorro Socorro Martinez AFONSO².

¹Acadêmica de Enfermagem na UNIVERSO-Goiânia

²Enfermeira Docente da UNIERSO-Goiânia

Universidade Salgado de Oliveira / <http://www.universo.edu.br/portal/goiania/>

INTRODUÇÃO: Em 21 de dezembro de 1989, Ministério da Saúde criou o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) através da Portaria nº 980/GM, destinado a jovens entre 10 a 19 anos, com objetivo de promover a saúde de forma integral, de modo preventivo educativo¹. A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a transição da fase infantil à fase adulta, marcada por um processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, e é nesta fase que o sujeito vai delineando uma identidade sexual, familiar e laboral, permitindo ao mesmo, exercer determinados papéis dentro da sociedade². No que tange a sexualidade, os adolescentes ficam mais expostos a riscos, como iniciação sexual precoce ligada as DST/AIDS, gravidez indesejada, aborto, e esse é o momento onde os mesmos necessitam de um olhar especial, na tentativa de minimizar agravos que podem ocorrer, e assim alcançar o objetivo central, que é de promover a saúde integral^{1,3}. **OBJETIVO:** Levantar e descrever a atuação do enfermeiro do PROSAD na promoção da saúde sexual de adolescentes. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Estudo de revisão narrativa, com busca no banco de dados virtual SCIELO e LILACS,



utilizando os descritores: Adolescente; Sexualidade; Enfermeiro; em artigos publicados de 2010 a 2015. **RESULTADOS:** A sexualidade envolve práticas e desejos relacionados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde, porém este tema ainda é delicado e cercado de mistérios e tabus³. Entende-se que a puberdade é marcada pelo início da adolescência trazendo uma bagagem cheia de curiosidades, indecisões e experimentação do novo, onde há necessidade de um olhar constante e atento dos pais ou profissionais da saúde. Sendo assim quando um adolescente procura um serviço de saúde, seja ele por qualquer motivo, é uma grande oportunidade para que o enfermeiro possa questioná-lo e orientá-lo sobre questões sexuais e identificar se há algum problema nesta área, como por exemplo as sensações sexuais, o caráter normal da masturbação, o tamanho dos órgãos genitais e sobre o ato sexual em si e suas consequências sobre a anticoncepção e prevenção de DST. **CONCLUSÃO:** Considera-se que todos os adolescentes estão vulneráveis e expostos aos riscos, provocadas por uma constante curiosidade testar seus limites, porém a grande maioria entrará na puberdade com probabilidade de contrair DST, cheios de dúvidas quanto a mudança estrutural e fisiológica do seu corpo, orientação sexual e sua identidade, cabendo a sociedade e aos profissionais da saúde zelar pelo indivíduo, promovendo sua educação e aconselhamento sexuais, além da detecção, encaminhamento e/ou tratamento dos problemas relacionados com a sexualidade. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Os profissionais da saúde especificamente o enfermeiro, juntamente com o PROSAD tem como estratégia atuar simultaneamente com os adolescentes, incentivando e orientando quanto a prevenção primária, através de debates, seja ele social ou individual, folders educativos, consultas de enfermagem e até mesmo uma interação multiprofissional retirando suas dúvidas e adotando medidas assistenciais explorando suas condições de vida, ambiente, interações familiares, situações de estresse enfrentadas, expectativas em relação ao futuro e a projetos de vida que vão harmonizando sua personalidade^{1,4}.

REFERÊNCIAS:



- 1- QUEIROZ, Ingrid Nepomuceno Bezerra et al. **Planejamento familiar na adolescência na percepção de enfermeiras da estratégia saúde da família.** Rev. Rene, Fortaleza, v.11, n.3, p. 103-113, jul./set. 2010.
- 2- BARBOSA, Luciana Uchôa. **Concepções de adolescentes acerca da sexualidade.** Porto Alegre. 2015.
- 3- NOTHAFT, Simone Cristine dos Santos et al. **Sexualidade do adolescente no discurso de educadores:** Possibilidades para práticas educativas. Santa Catarina. 2014.
- 4- BUSS, Ivonete Terezinha Shülter; CARDOSO, Jane. **Saúde do adolescente.** Florianópolis: 2010.

ATUAÇÃO E RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO NA CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAL

*David Andersson da Fonseca OSÓRIO*¹; Aliny Anne PINTO¹; Lucas Amorin de Oliveira COSTA¹; Izabella Santos GUNDIM¹; Sayonara Oliveira dos Reis JAIME¹; Renata Benevides Vasco²; Katiulcy Carvalho Oliveira ³

¹Discentes do curso Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira .

²Enfermeira Especialista em Controle de Infecção Hospitalar. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira – Campos Goiânia

³ Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva; Enfermeira Auditora. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira – Campos Goiânia

INTRODUÇÃO. A Central de Material e Esterilização (CME) ” é definida pelo Ministério da Saúde como um conjunto de técnicas destinado a recepção e expurgo, preparo e esterilização, guarda e distribuição de materiais para as unidades de estabelecimento de saúde. Todas as atividades do setor devem ser executadas de maneira dinâmica e seqüenciadas”¹. A principal missão da CME é prover todos os serviços assistenciais e de diagnóstico de produtos



para a saúde processados, garantindo a qualidade necessária para uma assistência segura. **OBJETIVO:** Descrever a atuação do enfermeiro na prevenção e controle de infecção hospitalar na CME. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** O estudo foi feito no nível descritivo, com abordagem qualitativa. Foi realizado a busca de artigos dos últimos 10 anos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando-se os seguintes descritores; Central de Material e Esterilização; Enfermagem. **RESULTADOS:** *A função do enfermeiro do CME tem início na fase de planejamento da unidade, a ele, cabe a escolha dos recursos materiais, pessoal qualificado de forma criteriosa levando em conta o bom funcionamento do CME². A principal importância do enfermeiro em uma CME é atuando como gerenciador, oferecendo a equipe boas condições de trabalho para alcançar objetivos propostos. Entre as atividades específicas de prevenção e controle de infecção hospitalar, evidencia primordialmente a equipe com conhecimento científico específico para a função, pois a assistência prestada ao paciente é indireta, mas pode trazer danos diretos a sua saúde³. Seguindo as etapas de execução padronizadas podem-se restringir os veículos transmissores de infecção, tendo em vista que qualquer falha humana ou mecânica coloca o paciente com risco eminente de contato microbiano. Deste modo destaca atividades específicas do enfermeiro: arquivo dos registros da monitoração e lotes, protocolos de todos os processos realizados na unidade, registros de testes biológicos de acordo com as normas da ANVISA; relatórios de manutenção preventiva e após falha do equipamento; realização de educação continuada com sua equipe. No entanto algumas dificuldades encontradas pelo enfermeiro para a execução de suas atividades são: falta de recursos financeiros para o setor, manuseio de novas tecnologias, além de capacidade de visualizar as necessidades de outras áreas que dependem do seu trabalho².* **CONCLUSÃO:** Diante do estudo em análise dos artigos pesquisados observa-se de maneira geral a importância do enfermeiro na CME visando a prevenção das infecções hospitalares. Destaca-se seu envolvimento nas várias etapas de trabalho da CME e na orientação de seus colaboradores. Verifica-se também que entre as dificuldades para execução do seu trabalho foram destacados falta de recurso, ambiente inadequado, falta de



pessoal e vários destes fatores dependem de fatores não ligados ao profissional Enfermeiro propriamente dito. *Não pretendemos esgotar com essa revisão a temática em estudo, mas despertar para a necessidade de aprofundar mais pesquisas direcionada a CME.* **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Esse trabalho pretende despertar os profissionais de saúde para a importância de atuação do enfermeiro em uma CME, unidade esta de vital importância para o funcionamento de uma Unidade e que pode causar complicações serias para o nosso paciente.

REFERÊNCIAS

¹Souza, A. A. M.; Lima, A. R.; Sampaio, R. B. B.; Freitas, M. M.; Silva, J. O. M. ; Processamento e controle de materiais hospitalares da central de materiais esterilizados e seus interferentes na qualidade da assistência. *CIAFIS*; setembro 2016. Disponível no site: <https://eventos.set.edu.br/index.php/CIAFIS/article/view/2927>. Acesso em: 9 de maio de 2017.

²Tipple, A. F. V.; Souza, T. R.; Bezerra, A. L. Q.; Murani, D. B.; O trabalhador sem formação em enfermagem atuando em centro de material e esterilização: desafio para o enfermeiro; *Ver. Esc. Enferm. USP*. 2005;39(2):173-80. Disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/07.pdf> Acesso em: 9 de maio de 2017.

³Souza, M. C. B.; Ceribelli, M. I. P. F. ; *Enfermagem no centro de material esterilizado-a prática da educação continuada*; *Rev. Latino-AM. Enfermagem* vol.12 no.5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2004. Disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n5/v12n5a10.pdf> Acesso em: 9 de maio de 2017.



PRINCÍPIO DA HUMANIZAÇÃO: O SIGNIFICADO E IMPORTÂNCIA DO TOQUE NO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Luciana Pires dos SANTOS¹, Domingas Rosa da SILVA¹, Geane Teixeira de SOUSA¹, Lucyanna de Lima CAMARGO¹, Marco Donizette CAIXETA¹, Matheus Carolino de CARVALHO², Maria Letícia de Sousa OLIVEIRA³

¹Discentes do Curso de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO – Goiânia.

E-mail:

²Enfermeiro pela Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO – Goiânia, Pós graduando em Enfermagem do Trabalho.

³Enfermeira pela Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO – Goiânia, Residente Enfermagem em Obstetrícia.

INTRODUÇÃO: O tato vai além de uma habilidade para desenvolver o procedimento, o ato de tocar pode e é considerado uma das maneiras mais importantes de comunicação não-verbal, podendo transmitir mensagens positivas e negativas para o paciente. O toque é um dos instrumentos primários que os enfermeiros dispõem para estabelecer um contato direto e para identificar as necessidades dos pacientes^(1,2). Assim este estudo torna-se relevante a fim de descrever o significado e importância do toque no cuidado de enfermagem. **OBJETIVO:** Compreender o significado e importância do toque como expressão da prática do cuidado de enfermagem.

METODOLOGIA: Revisão integrativa da literatura com artigos publicados em bases de dados SCIELO, LILACS, REVISTA UFG, ABEN, BVS, dos últimos vinte anos por ser um tema pouco explorado pela literatura atual, na língua portuguesa, utilizando como descritores: toque, humanização, cuidado de enfermagem, toque e cuidado. Selecionou-se 1 livro e 8 artigos, excluindo-se 4 por não responderem ao objetivo. Após a pesquisa, realizou-se a análise e interpretação dos resultados. **RESULTADOS:** O toque é uma manifestação de cuidado não-verbal que demonstra preocupação com o 'outro', o cliente. O ato de tocar tem a finalidade de garantir melhor qualidade de assistência de enfermagem, ele aproxima os seres humanos, neste caso, aproxima o cuidador e o ser cuidado⁽²⁾. Estudos têm mostrado o quanto o toque é fundamental na assistência de enfermagem. O ato de tocar ou ser tocado envolve a estimulação dos receptores cutâneos que transmitem mensagens para o cérebro, possuindo um efeito positivo sobre as capacidades de percepção e cognição, podendo influenciar parâmetros fisiológicos como a respiração e o fluxo sanguíneo. O toque está entre as necessidades elementares para o desenvolvimento físico e mental saudável⁽³⁾.



CONCLUSÃO: Conclui-se que infelizmente percebe-se somente a presença do toque instrumental, ficando em segundo plano a prática mais humana no caso o toque afetivo. Ocorre à necessidade da equipe de enfermagem tocar mais, afetivamente os pacientes, é fundamental que os profissionais tenham a consciência da importância do toque no cuidado de enfermagem e dos benefícios que ele proporciona para o paciente.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Nos cuidados de enfermagem toque pode ser visto por várias perspectivas, sendo um meio e comunicação entre enfermeiro-doente possuindo muitos propósitos nas interações entre eles, produzindo assim efeitos satisfatórios tanto para o enfermeiro quanto para o doente. Através do toque a enfermagem transmite cuidados mais humanizados e apoiar o doente e seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DELL'ACQUA, M. C. Q.; ARAÚJO, V. A.; SILVA, M. J. P. Toque: qual o uso atual pelo enfermeiro. **Revista Latina Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 17-22, abr. 1998.
2. MONTAGU, ASHLEY. **Tocar**: o significado humano da pele. 9 ed. São Paulo: Summus, 1988.
3. JANEIRO, J. M. S. V. **O significado do toque em enfermagem**. 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/user/Downloads/O%20SIGNIFICADO%20DO:%20TOQUE%20EM%20ENFERMAGEM%20(1).pdf>. Acesso em: 17 maio 2016. 16:57h.

O CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL NA ÓTICA DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Higor Siqueira da SILVA¹, Hérica Fernanda Ferreira VIANA¹, Izabella Carvalho de ALMEIDA¹, Jhonny Patrick Santos TEIXEIRA¹, Kênia Alessandra de Araújo CELESTINO², Lorena Aparecida de Oliveira Araújo MARQUES²

6. Discentes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

contatohigorsiqueira@gmail.com



herica.f.f.viana@gmail.com

bellaacda@hotmail.com

jhonnypatrick10@hotmail.com

7. Docentes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

keniacelestino@hotmail.com

lorenatdb@gmail.com

INTRODUÇÃO: O cateter venoso central (CVC) é um sistema intravascular utilizado para infundir soluções de fácil irritabilidade para a camada íntima do vaso, além de permitir o monitoramento hemodinâmico de doentes graves¹. A segurança do paciente é uma questão de saúde pública que tem como principal objetivo reduzir o risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um valor mínimo aceitável. Consideram-se danos, o comprometimento da função ou estrutura do corpo, podendo ser físico, social ou psicológico². **OBJETIVO:** Descrever a produção literária a cerca dos cuidados de enfermagem prestados ao paciente com cateterismo venoso central visando o controle de infecções e proporcionando uma melhor segurança ao paciente. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de uma revisão bibliográfica com abordagem quantitativa. Os materiais abordados incluem teses, dissertações e artigos científicos na área de Enfermagem. Foram consultadas as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Bases de Dados de Enfermagem (BDENF); por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram excluídas as publicações duplicadas, as presentes em mais de uma base e aquelas não coincidentes com a temática. Foi utilizado o idioma Português e as palavras-chave “Cateterismo Venoso Central” e “Segurança do Paciente”, separadas pelo Operador Lógico Booleano “AND”, no período de 2012-2017. **RESULTADOS:** A leitura exploratória possibilitou a identificação de oito artigos que relatam a realização do CVC, proporcionando a segurança do paciente clínico. Através disso foi possível observar que, a utilização do CVC nos serviços de saúde proporciona uma via de acesso rápida e segura para a infusão de medicamentos e soluções, para determinação de parâmetros cardiocirculatórios, além de facilitar o manejo dos



pacientes. Todavia, o cateterismo configura uma fonte potencial de complicações e de riscos aos pacientes como: colonizações, complicações infecciosas e infecção hospitalar. Em geral, no que se refere à infecção hospitalar, foi percebida relação com a internação ou com procedimentos hospitalares, cabendo aos profissionais, aprimorar estratégias que garantam a segurança do paciente, especialmente relacionado a técnica adequada na realização o curativo em CVC. **CONCLUSÃO:** A carência de material acerca da temática publicada no idioma “português” foi uma das dificuldades encontradas, reforçando a necessidade de novos estudos nessa área. Contudo, este estudo trouxe o aprimoramento do conhecimento sobre a potencialidade do assunto, bem como esclareceu sobre da segurança do paciente no curativo de CVC, para garantir a qualidade na assistência prestada, livrando o paciente de danos evitáveis proporcionando então, boas condições de segurança. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** Procedimentos realizados pelo enfermeiro como a má avaliação das características do cateter e da pele, o tipo de curativo utilizado e a manipulação do curativo, podem influenciar para a incidência de infecções³. Mesmo sendo de responsabilidade do enfermeiro a realização do curativo do CVC, é imprescindível a realização de atividades de educação permanente com sua equipe e o comprometimento na supervisão do serviço de enfermagem, amparando a equipe na realização de procedimentos, com o intuito de melhorar a qualidade da assistência e valorizar os recursos disponíveis.

REFERÊNCIAS:

2. Brachine JDP, Peterlini MAS , Pedreira MLG. Método bundle na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(4):200-210.
3. Raduenz AC, Hoffmann P, Radunz V, Dal Sasso GTM, Maliska ICA, Marck PB. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método



de pesquisa fotográfica. Rev. Latino-Am. Enfermagem. nov-dez 2010;18(6):[10 telas].

4. Vilela R, Dantas SRPE, Trabasso P. Equipe interdisciplinar reduz infecção sanguínea relacionada ao cateter venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Rev Paul Pediatr. 2010;28(4):292-98.

SAÚDE DO HOMEM: UMA REFLEXÃO DA ENFERMAGEM

Allyne Borges de SOUZA¹; Bruno Espíndula RAMOS²;
Jhenyfer Kali Fernandes da CRUZ³; Joyce Nunes CABRAL⁴; Higor Siqueira da SILVA⁵; Raul Diego de Sousa PEREIRA⁶;

1. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. allyneborgesdesouza@hotmail.com
2. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. bruno16cda@outlook.com
3. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. saude20171.100@gmail.com
4. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. joycecabral@outlook.com
5. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. contatohigorsiqueira@gmail.com
6. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. raul_diego1995@hotmail.com

Introdução: As normas de gênero caracterizam o papel do homem na sociedade, pressupõe que este seja imune as enfermidades, sendo este fato demonstrado ainda no século XXI por meio de sua não participação nas ações de saúde¹. A má conduta deste em relação aos programas preventivos e assistência especializada direcionadas a sua saúde caracteriza hoje um problema de saúde pública, averiguando assim que a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem² não é suficiente para a integração do mesmo dentro das práticas em saúde³. A educação em saúde pode ser desenvolvida pelo enfermeiro com o ato de esclarecimento duvidas, podendo impulsionar a população masculina com o auto cuidado⁴. **Objetivos:** Discutir a adesão e participação do homem nas políticas públicas e campanhas, bem como sua integração dentro das práticas de saúde. **Descrição metodológica:**



Trata-se de estudo quantitativo de revisão bibliográfica nas bases de dados da ScientificElectronic Library Online (SciELO), Periódicos da CAPES, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) e utilizando os descritores Saúde do Homem AND Educação em Saúde. A busca foi realizada exclusivamente em português no período de 2012-2017. **Resultados:** Durante a pesquisa bibliográfica, foram encontrados quarenta e três artigos relacionados a saúde do homem e educação em saúde. Quanto as bases de dados, foram identificados 5 artigos na SciELO, 10 na Capes, 18 artigos na BVS, destes 13 repetiram-se no LILACS e 12 na BDENF. **Conclusão:** Apesar de estudos comprobatórios da necessidade de se cuidarem para o aumento de sua qualidade de vida e longevidade, há ainda uma resistência significativa quanto a adesão ao autocuidado a saúde do homem, o que histórica e culturalmente ocorre por falta do aceite e iniciativa deles mesmos. **Contribuições/ Implicações para a Enfermagem:** A enfermagem como agente de mudanças pode discutir e buscar estratégias cada vez mais incisivas e impactantes, que sejam capazes de mobilizar o homem a valorizar seu processo saúde-doença como forma de melhor sobrevivência, possibilitando um bem-estar biopsicossocioespíritual a ele e seus comunicantes.

REFERÊNCIAS

1. Cardoso, AEF. Saúde do Homem. Universidade do Estado do Rio De Janeiro. Universidade Aberta do Sus. Especialização em Saúde da Família. p. 1-15. 2017.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
3. Silva BTO, Freitas MM, Souza GBS, Hardman MN, Sobral HCF, Silva AML. Promoção e Prevenção da saúde do homem. Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente. 2013 set/out; (2): 95-101.
4. Silva PAS, Furtado MS, Guilhon AB, Souza NVDO, David HMSL. A Saúde do Homem na visão dos Enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde. Esc Anna Nery. 2012 jul/set;16(3):561-8.



INDICADORES DE QUEDA EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE REABILITAÇÃO

Vitória Braz de Oliveira ALVES¹, Maressa Gonçalves da PAZ¹, Thaynara de Oliveira SILVA¹, Fernanda Miranda de OLIVEIRA² e Juliana Caldas de SOUZA²
Viviane de Queiroz CLEMENTINO³

1

Enfermeiras Residentes do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo. Email: mary-184@hotmail.com, thaynara_50@hotmail.com e vittoria.braz@gmail.com. 2 Mestras e Tutoras da Residência Multiprofissional do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo. Email: fernanda01031988@hotmail.com e julianacaldas8@gmail.com. 3 Gerente de Enfermagem e Mestre do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo. Email: vivianeqc@gmail.com.

INTRODUÇÃO: A Segurança do Paciente tem como finalidade oferecer uma assistência segura do cuidado. Assim, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde, foram estabelecidas 12 estratégias para garantir a segurança do paciente. Dentre elas destaca-se a estratégia número quatro: prevenção de quedas dentro das instituições de saúde por representar as principais causas de incapacidades e dependência em pessoas acima de 60 anos e também em pacientes adultos e em cuidados de reabilitação, contribuindo assim para o aumento no tempo de internação e aumento nos custos do tratamento¹. A ocorrência de quedas em hospitais é comum segundo a National Health Services, sendo responsável por dois quintos dos eventos adversos relacionados à segurança do paciente. Diversos são os fatores associados a esse índice dentro das instituições, como os fatores intrínsecos, relacionados ao paciente (idade, sexo, distúrbio de marcha e equilíbrio, declínio cognitivo, condições ortopédicas, entre outros); os fatores extrínsecos, relacionados ao ambiente (obstáculos, superfícies molhadas/escorregadias, órteses inadequadas, entre outros) e ainda há os fatores comportamentais como a fragilidade de pessoas menos ativas. Todos esses fatores estão envolvidos no risco aumentado de quedas dentro dos serviços de saúde². Considerando todos esses fatores, uma das maneiras de se garantir a aplicabilidade dessa estratégia para a segurança do paciente dentro das



instituições é o estabelecimento de indicadores de qualidade da assistência de saúde como uma ferramenta de medida de qualidade, o que proporciona para os serviços de saúde uma avaliação direta e contínua de suas ações. Assim, a queda de pacientes internados constitui um dos mais importantes indicadores para a investigação em saúde, pois é a partir desse dado que se identificam os principais fatores de risco e que é possível visualizar suas consequências³. OBJETIVO: Assim, esse estudo tem como objetivo identificar e analisar o índice de queda em uma unidade de internação de um hospital de reabilitação do estado de Goiás. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, documental, baseado em dados secundários referentes ao período de agosto a dezembro de 2016 e de janeiro a abril de 2017 obtidos nas bases de dados de um Núcleo de Segurança do Paciente (NUSP) de um hospital referência em reabilitação do estado de Goiás. Os dados foram estruturados no software Excel em forma de gráfico de colunas para facilitar a análise e interpretação dos dados. Não houve a necessidade de submeter este estudo em Comitê de ética. Este estudo também não teve conflitos de interesses pelos autores. RESULTADOS/ DISCUSSÃO: O posto de internação deste estudo tem capacidade em média para trinta e seis pacientes, sendo o foco desta unidade a reabilitação e readaptação dos pacientes para as atividades de vida diária. Estes pacientes em sua maioria apresentam dificuldades na marcha, equilíbrio, transferência e locomoção, o que aumenta consideravelmente o risco de queda entre eles. Conforme os dados levantados de agosto a dezembro de 2016, a média de quedas por mês encontra-se no número de 2,8, uma vez que os maiores índices de queda ocorreram nos meses de setembro com seis quedas e agosto e dezembro com três. Os índices referentes ao ano de 2017, demonstraram um declínio no número de quedas no posto três, sendo que em abril não houve nenhuma notificação de queda na unidade. A média de queda foi de 1,5 quedas por mês. A taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia. Segundo os autores, as quedas não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais frequentes nas unidades com concentração de pacientes idosos, na neurologia e na reabilitação⁴. O hospital fonte deste estudo conta com avaliação do risco de quedas do paciente diariamente pelo Enfermeiro gestor do caso, identificação do risco na pulseira e no leito do paciente e um protocolo para prevenção de quedas. Quando a queda ocorre, deverá ser imediatamente notificada, paciente avaliado e atendido imediatamente para atenuação dos possíveis danos. A avaliação dos casos de queda no setor em que



ocorreu, possibilita a identificação dos fatores contribuintes e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de cuidado mais seguro. Importante salientar que na instituição em questão, há um sistema de auditoria implementado denominado “cuidado centrado ao paciente” que vai até o paciente e verifica quais as informações, orientações estão sendo repassadas em relação à queda e à prevenção desta. Em 2016 houve também a implementação do Projeto Transferir que contou com o treinamento por um fisioterapeuta com os maqueiros para ensinar sobre transferências seguras de pacientes e ainda há um projeto em construção de implementação por enfermeiros da Escala de Hendrich II que avalia o risco de queda. **CONCLUSÃO:** Apesar das medidas citadas, foi possível perceber que há muitas subnotificações de quedas na instituição deste estudo. O próprio Núcleo de Segurança do paciente reporta que existe a dificuldade de notificação por parte dos profissionais de saúde, mesmo sendo disponível via sistema e via manual. Assim, a mudança da cultura de segurança nessa unidade se faz necessário. **IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** A identidade da enfermagem configura-se nos chamados “Diagnósticos de enfermagem-DE”; nossas ações, intervenções, avaliações e nossa base científica começa a tomar corpo e notoriedade a partir da apropriação e aplicabilidade dos DE. Dentro dessa perspectiva, o DE “risco de queda”, incluído dentro do domínio Segurança e Proteção da North American Nursing Diagnosis Association- NANDA, torna explícito o grande valor de intervenção e planejamento da enfermagem no que se relaciona à prevenção e minimização de quedas de pacientes institucionalizados, contribuindo para a promoção da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. – Porto Alegre : EDIPUCRS, 2013. 132 p.
2. Tominaga J, Bonjardin MGM, Aliberti MP, Jabur MRL. Queda de pacientes hospitalizados: análise do indicador de qualidade. CuidArte Enferm. 2008;2(1):47-52.
3. Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. Clin Geriatr Med. 2010; 26(4): 645-92.
4. MS. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Protocolo de Prevenção de Quedas. ANVISA/FIOCRUZ.



SAÚDE COLETIVA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL: CONTRIBUIÇÕES SÓCIO-POLÍTICAS DE UMA LIGA ACADÊMICA, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Beatriz Barbosa DIAS¹, Cássio Henrique Alves de OLIVEIRA², Higor Siqueira da SILVA³, JhennyferKali Fernandes CRUZ⁴, Joyce Nunes CABRAL⁵, Raquel Teotonia dos SANTOS⁶, Zilah Cândida Pereira das NEVES⁷

1. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. beatriz-dias@hotmail.com
2. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. cassiolive@live.com
3. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. contatohigorsiqueira@gmail.com
4. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. saude20171.100@gmail.com
5. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. joycecabral@outlook.com
6. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. raquelteotonia@gmail.com
7. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. zilahcpneves@gmail.com

Introdução: A Liga Acadêmica de Saúde Coletiva da PUC Goiás – LASC, a partir da dialogicidade caminha pela extensão, ensino e pesquisa. Um espaço de multidisciplinariedade e de integração, inclusive, com outras instituições de ensino que almejam contribuir com uma formação acadêmica mais crítica e cidadã. Uma Liga Acadêmica é uma associação estudantil na qual alunos (as) e professores(as) se organizam com o propósito central de extensão e fortalecimento educacional frente à sociedade contemporânea com abordagem de temas que na maioria das vezes não são abordados pelas matrizes curriculares e pela sala de aula¹. Além da extensão, também são objetivos de uma Liga, aulas, cursos, atividades de pesquisa e assistências em diferentes cenários de prática. Neste sentido surge a LASC, criada em 2013, com a proposta de um espaço interdisciplinar que procura analisar e entender a saúde pública brasileira, discutindo fatores que condicionam a saúde e problemas de saúde no país. Trabalha, então, com o entendimento de Promoção da Saúde, considerando a abordagem socioambiental que amplia a compreensão de saúde ao focar seus determinantes sociais, econômicos, culturais, políticos, ambientais, além dos biológicos trabalhando a partir do conceito ampliado de



saúde: em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas². A primeira Liga surgiu na década de 1920 e que durante a ditadura militar, essas associações, passaram a questionar o ensino universitário e a aplicabilidade dos conteúdos previstos pelas quais passava o país. A partir de então, com acentuação no início do século XXI, mais e mais Ligas foram criadas em todo o Brasil, coincidindo com períodos de reformas curriculares e intensos debates políticos e acadêmicos a respeito do perfil do profissional em questão a ser formado¹. **Objetivo:** Descrever as contribuições para a formação dos futuros profissionais, membros da liga, a partir dos espaços e debates oportunizados pela LASC. **Método:** Estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir das vivências dos membros da LASC nos ambientes em que esta proporciona o desenvolvimento das ações planejadas em saúde coletiva. **Resultados:** Os membros da Liga realizaram vivências voltadas para a formação em saúde coletiva, a partir dos seus projetos (I. Formação política, II. Defesa do SUS e III. Programa Saúde na Escola), bem como participaram e elaboraram cursos introdutórios, congressos e eventos de extensão e ensino em níveis local à nacional. Esse caminhar permitiu o debate de temas que por vezes não são tratados em sala de aula, envolvendo principalmente campos de lutas na saúde, em especial, sobre Sistema Único de Saúde – SUS. Oportunizou aos membros melhores posicionamentos envolvendo o SUS, a formação acadêmica e lutas de profissões como a Enfermagem e Odontologia. É desenvolvido uma posição de defesa do SUS e dos direitos sociais, contra a mercantilização da saúde, contra influências ainda hegemônicas em nossa formação em saúde, em favor de um novo modelo de sociedade e da Promoção da Saúde. É sentido por muitos



membros que o estudante precisa se preocupar com os desafios que ameaçam a qualidade de seu trabalho, dos direitos do trabalhador e do cidadão e usuários da saúde, um local de fala do(a) futuro(a) profissional da saúde.

Conclusão: Participar de uma Liga Acadêmica que busca uma formação acadêmica mais crítica e cidadã oportunizou aos membros refletir sobre a importância da produção de responsabilidade social no ambiente acadêmico, uma tarefa conjunta de discentes, docentes e universidade. Refletido ainda sobre a importância da defesa dos avanços obtidos até hoje nas matrizes curriculares, como a defesa da metodologia ativa, e sobre os avanços que precisamos buscar, especialmente a respeito da formação voltada para a saúde coletiva, onde é sentido que, por vezes, essas matrizes não proporcionam o devido debate e formação acerca das questões que envolvem a saúde coletiva, promoção da Saúde e SUS. Neste sentido, concluímos que precisamos defender os avanços que temos e caminhar cada vez mais sentido à aproximação de nossos currículos ao SUS, com mais bases teóricas e práticas em Saúde Coletiva, Promoção da Saúde e com cada vez mais geração de responsabilidade e participação social. **Contribuições para a Enfermagem:** A partir da provocação ao debate da saúde coletiva, especialmente na formação do(a) Enfermeiro(a), poderemos avançar na busca por melhorias na formação profissional. Melhorias estas no sentido de que, assim como sentido por membros da LASC, saúde coletiva não se limita apenas ao aprendizado de procedimentos em atenção primária, mas que se faz necessário sua expansão ao que apresenta o ideário da promoção da saúde, da atenção básica e do trabalho em redes. Participação nesta Liga repercutiu em mudanças significativas na formação de seus membros no sentido de potencializar estes para a contribuição social e política enquanto trabalhador(a) da saúde e enfermagem. Através das vivências, se percebe pelos membros a escassez de discussões políticas dentro das salas de aula, algo que não é exatamente por falta de vontade dos(as) acadêmicos(as), mas por vezes, por ausência de vontade e estímulo por parte da universidade e às vezes de docentes. Neste caminho, as ligas acadêmicas se caracterizam como estruturas capazes de levar o(a) acadêmico(a) à um amadurecimento e



pensamentos mais críticos quanto sua própria formação. Podem levar ainda ao repensar valores, a exemplo temos o que é sentido pela maioria dos membros ao melhor refletir sobre suas concepções a respeito do SUS, dos desafios que ele enfrenta, das políticas públicas para a saúde e educação, do cenário e conjuntura política do país e melhor compreensão ainda, sobre o que de fato é Saúde Coletiva, e a importância do seu ideário para a sociedade. Contexto este entendido como benefícios para o SUS e para a Enfermagem ao discutir caminhos para uma formação mais cidadã, crítica e libertadora.

Referências:

1. FILHO, Pedro Tadao Hamamoto. Ligas Acadêmicas: Motivações e Críticas a Propósito de um Repensar Necessário. Revista Brasileira de Educação Médica, 35 (4): 535-543; 2011.
2. CAMPOS, *et al.* (organizadores). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Ed. Fiocruz, 871p. 2009.

O CONHECIMENTO DA ANATOMIA COMO FATOR CONDICIONANTE DAS BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CATETERISMO VESICAL DE DEMORA.

Déborah Evelyn Gomes da SILVA¹; Allyne Borges de SOUZA²; Deborah Camilo Lemos COSTA³; Kallita Brito de OLIVEIRA⁴; Mário Silva Araújo FILHO⁵.

- 1- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: debsgomesilva@gmail.com
- 2- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: allyneborges@gmail.com
- 3- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: deborah_0912@hotmail.com
- 4- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: kallita.oliveira@outlook.com
- 5- Pontifícia Universidade Católica de Goiás: mariosafilho@gmail.com

INTRODUÇÃO: O cateterismo vesical é um procedimento invasivo que consiste na introdução de um cateter uretral até a bexiga, sendo fixado para drenar a urina em



pacientes que apresentam problemas para eliminação. É realizado em técnica asséptica a fim de minimizar possíveis infecções do trato genitourinário. A RESOLUÇÃO COFEN Nº 0450/2013 normatiza a sondagem vesical de demora como privativa do Enfermeiro frente à equipe de enfermagem, pois exige conhecimentos de base científica e a capacidade imediata de tomar decisões. A anatomia do trato urinário masculino tem suas especificidades, dificultando a passagem da Sonda Vesical de Demora (SVD) pelo formato e angulação do pênis. Para um procedimento sem intercorrências é necessário o conhecimento da anatomia desse sistema, assim como a técnica da inserção da sonda.

OBJETIVOS: Verificar na literatura o conhecimento anatômico como base e fundamento para a inserção da SVD em pacientes do sexo masculino.

METODOLOGIA: Revisão narrativa nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), com os descritores “Enfermagem”, “Cateteres de Demora” e “Anatomia”. A busca foi exclusivamente em idioma inglês, no período de 2012-2016.

RESULTADOS: Foram encontrados 21 artigos na MEDLINE, dentre esses, 5 abordaram o acesso vascular, 4 o cateterismo pediátrico, 2 os narcóticos epidurais, 2 indicações de cateterização. Ainda na supracitada base de dados, encontrou-se 1 artigo relacionado à infecção do trato genitourinário; 1 sobre o uso do poliuretano percutaneamente no cateter; 1 acerca da revisão da anatomia do sistema venoso; 1 relacionado ao catéter central; 1 sobre a anatomia da bexiga; 1 de sensações e dores; 1 para problemas associados ao longo tempo com o cateter; 1 de derrames pleurais e analgesia regional. Já na SCIELO foi encontrado seis artigos usando os descritores “Catheters”, “Indwelling” e “Nursing”, dentre esses, 2 acerca o cateter central e apenas 1 artigo abordava conhecimento dos profissionais sobre o manuseio do dispositivo de acesso venoso, aspectos clínicos e epidemiológicos do paciente queimado, importância da assistência de enfermagem no manejo de complicações relacionadas ao cateter e um relacionado ao cateterismo urinário. Usando os descritores *Catheters*, *Indwelling*, encontramos quatorze artigos, sendo três abordando o Catéter Central, um relacionado ao derrame pleural, medicamentos prescritos para administração através de tubos entéricos, infecções do trato urinário, tromboembolismo, conhecimento dos enfermeiros sobre o acesso venoso, cateterização em coelhos, anestesia peridural, cateterismo da artéria radial, catéter intravascular, analgesia caudal e por último, síndrome do impacto



costo clavicular. **CONCLUSÃO:** Nas bases de dados pesquisadas não foram encontrados artigos que relacionam o conhecimento anatômico do trato genitourinário com a realização do cateterismo vesical de demora em indivíduos do sexo masculino, evidencia-se a necessidade de pesquisas voltadas ao conhecimento anatômico para sondagem em indivíduos do sexo masculino especificamente, pois o conhecimento é essencial para realização do procedimento pela equipe de enfermagem. **CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM:** A partir do conhecimento anatômico é possível prestar uma assistência sistematizada e holística ao paciente, visando evitar prejuízos e diminuir riscos de infecções e danos ao mesmo.

Referências:

1. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (BRASIL). Resolução N° 0450, 11 de dezembro de 2013. Normatiza o procedimento de Sondagem Vesical no âmbito do Sistema Cofen Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html
2. Ercole FE, Macieira TGR, Wenceslau LCC, Martins AR, Campos CC, Chianca TCM. Revisão integrativa: evidências na prática do cateterismo urinário intermitente/demora. Rev. Latino-Am. Enfermagem. jan.-fev. 2013.
3. TORTORA GJ, GRABOWSKI SR. Corpo Humano: Fundamentos de Anatomia e Fisiologia. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Luciana Pires dos SANTOS¹, Domingas Rosa da SILVA¹, Geane Teixeira de SOUSA¹, Lucyanna de Lima CAMARGO¹, Marco Donizette CAIXETA¹, Matheus Carolino de CARVALHO², Maria Letícia de Sousa OLIVEIRA³

¹Discentes do Curso de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO – Goiânia.

E-mail:

²Enfermeiro pela Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO – Goiânia, Pós graduando em Enfermagem do Trabalho.

³Enfermeira pela Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO – Goiânia, Residente Enfermagem em Obstetrícia.



INTRODUÇÃO: Entre as morbidades mais prevalentes, que devem ser prioridade em termos de prevenção e tratamento na Estratégia de Saúde da Família, está o câncer de mama. Não existe ainda conhecimento suficiente, assim como um processo de trabalho organizado para o enfrentamento desta doença por parte das equipes de saúde da família⁽¹⁾. **OBJETIVO:** Mostrar o papel do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama. **MATERIAL E MÉTODO:** Esta pesquisa consiste em um estudo de revisão integrativa da literatura. Para a localização das fontes utilizou os bancos de dados eletrônicos: SCIELO e LILACS, publicados nos últimos nove anos, utilizando como descritores: Estratégia Saúde da Família, Câncer de Mama, Enfermagem. Selecionou-se 6 artigos, excluindo-se 4 por não atenderem o objetivo da pesquisa. Após a pesquisa foi realizada uma leitura exploratória, a análise e interpretação dos resultados. **RESULTADOS:** O enfermeiro é imprescindível para coordenar as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de mulheres com câncer de mama. Uma estratégia de prevenção importante é a educação em saúde, que consiste em informar a população sobre o problema e discutir as formas de lidar com o mesmo. O enfermeiro poderá orientar e participar da educação em saúde na unidade de saúde ou em visitas domiciliares. O enfermeiro geralmente organiza o acompanhamento dos pacientes que devem ser atendidos por ele, pelo médico e visitados pelos agentes⁽²⁾. **CONCLUSÕES:** Conclui-se que os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família devem realizar a prevenção e o acompanhamento das pacientes durante e após o tratamento. Devido à proximidade com a população, os profissionais da ESF têm maior intimidade com os pacientes e seus familiares, o que facilita de forma considerável a comunicação entre eles.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Este estudo evidencia a importância do enfermeiro na ESF, pois por estar mais próximo de seus pacientes ele é o diferencial para a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, mostrando assim a importância que a enfermagem pode



fazer na vida de muitas mulheres frente a uma doença tão agressiva quanto o câncer de mama.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista de Escola da Enfermagem da USP**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 311-316, 2007.
2. MORENO, M. L. **O papel do enfermeiro na abordagem do câncer de mama na estratégia de saúde da família**. 2010. Universidade Federal De Minas Gerais, Uberaba, 2010.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA- UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Amanda Karine Bringel SANTOS¹, Raphaela Menezes MENDES² Sinthia Alves Ferreira De SOUSA³, Thais Rodrigues Da Cunha URBANO⁴, Elisângela Eurípedes Resende GUIMARÃES⁵, Andréia Gontijo da Silva SOUZA⁶, Maria Aparecida da Silva VIEIRA⁷

1. Pontifícia Universidade Católica de Oliveira, amandakarineb@gmail.com
2. Pontifícia Universidade Católica de Oliveira,
3. Pontifícia Universidade Católica de Oliveira,
4. Pontifícia Universidade Católica de Oliveira,
5. Pontifícia Universidade Católica de Oliveira, elisangenf@gmail.com
6. Pontifícia Universidade Católica de Oliveira, andreiagontijo2@gmail.com
7. Pontifícia Universidade Católica de Oliveira, cidavi00@gmail.com



Introdução: A Organização Mundial da Saúde define adolescência como sendo o período compreendido entre 10 a 19 anos, onde há a transição da infância para vida adulta, que é evidenciada por uma sequência de transformações¹. A gravidez nesta fase da vida é preocupante, pois, pode levar a jovem a sofrer efeitos negativos da sociedade, principalmente em relação à vida escolar². **Objetivo:** descrever a experiência na assistência a uma adolescente grávida, bem como identificar onde o profissional de enfermagem poderá intervir para atuar na prevenção. **Descrição metodológica:** relato de experiência fundamentado na Metodologia da Problematização (Arco de Charles Maguerez), conduzido por acadêmicas de enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Foi realizado em um hospital que presta atendimento em alta complexidade nas áreas de saúde da mulher e da criança. Durante a observação da realidade foi identificada uma situação-problema, cuja participante foi uma adolescente grávida, que concordou em participar do estudo. A mãe da adolescente também nos autorizou incluí-la no relato de experiência. Realizada entrevista com a adolescente grávida e sua mãe e os dados coletados foram transcritos para um documento eletrônico. **Resultados:** adolescente gestante, 15 anos de idade. Aos três anos de idade seu pai veio a óbito em um acidente de trabalho. cursou até o nono ano do ensino fundamental. Relata ter grande dificuldade em estudar e que sua mãe não a incentivava muito. Foram descritos episódios de conflitos familiares. Sexarca aos 14 anos. **Considerações:** A adolescência por muito tempo foi vista como o período ideal para o casamento e gravidez, que com o passar do tempo houve mudanças de hábitos culturais e sociais passou a ser considerada um fator dificultador na vida das adolescentes¹. Ela traz um grande impacto psicológico e socioeconômico, interferindo nos estilos de vida da adolescente como no de seus familiares, sendo geralmente associada com uma frequência maior de complicações durante a gestação³. Alguns fatores estão associados ao número crescente de adolescentes grávidas como a não adesão/uso incorreto de contraceptivos, baixa escolaridade da adolescente, início precoce da atividade sexual, sexarca antes dos 15 anos, relação estável com o mesmo parceiro, renda familiar baixa, pouca abertura para conversar sobre assuntos pessoais e íntimos como sexualidade e métodos contraceptivos, conflitos familiares, pai ausente, violência física, psicológica e sexual e amigas grávidas na adolescência são situações precursoras da gravidez na adolescência^{3, 4}. Todos os fatores requerem atenção dos profissionais da saúde, por estarem relacionados à sexualidade na adolescência e deve ser considerada durante as intervenções educativas que visam a sua prevenção⁵. **Contribuições para a Enfermagem:** Este caso de gravidez em idade extremamente jovem poderá contribuir para os profissionais da saúde, especialmente a enfermagem, refletir sobre o tema, buscando compreender o adolescente como sujeito com direitos sexuais e reprodutivos. Isso permitirá à equipe multidisciplinar propor medidas



que visem modificar este cenário junto com os familiares. Poderão também propor rodas de conversas em escolas, programas de saúde para obter dos adolescentes a melhor estratégia sobre prevenção da maternidade precoce.

Referências

1. Outeiral J. Adolescência: modernidade e pós-modernidade. Rev Psicopedagogia. 2005;22(68):11
2. Borges ALV, do Nascimento Chofakian CB, Sato APS, Fujimori E, Duarte LS, Gomes MN. Fertility rates among very young adolescent women: temporal and spatial trends in Brazil. BMC pregnancy and childbirth. 2016;16(1):1.
3. AMORIM, M. M. R. et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. **Rev bras ginecol obstet**, v. 31, n. 8, p. 404-10, 2009.
4. ACHARYA, D. R. et al. Factors associated with teenage pregnancy in South Asia. 2014.
5. DA SILVA HOFFMANN, A. C. O.; ZAMPIERI, M. D. F. M. A atuação do profissional da enfermagem na socialização de conhecimentos sobre sexualidade na adolescência. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 2, n. 1, p. 56-69, 2009.

SEGURANÇA DO PACIENTE: AÇÃO EDUCATIVA COM A COMUNIDADE

Autores: Juliana Barboza do NASCIMENTO*, Patrícia Ferreira ROCHA*, Rita de Cássia Lopes de BARROS*, Sergiane Bisinoto ALVES**, Silvia Rosa de Souza TOLEDO**, Gleydson Ferreira MELO** e Vanusa Claudete Anastácio Usier LEITE**.

Instituição de Ensino/Origem: * Discentes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. ** Docentes da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Endereço Eletrônico: patricia.ferreira.rocha.ba@gmail.com



Introdução: Segurança do Paciente (SP) é a redução a um mínimo aceitável, do dano desnecessário associado ao cuidado de saúde⁽¹⁾. No Brasil, em 2013, foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)⁽²⁾. Entre os objetivos do PNSP desatam-se envolver os pacientes e familiares nas ações de SP; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à SP; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre SP. Os serviços de saúde (SS) tem trabalhado para a promoção da cultura de segurança, com a implementação dos Núcleos de Segurança do Paciente e dos protocolos de identificação, prevenção de quedas e lesão por pressão, higienização das mãos, cirurgias seguras, dentre outros. Porém poucos SS têm sensibilizado os pacientes sobre o seu papel na sua segurança. Acredita-se que a participação do usuário é fundamental para a sua segurança, sendo a última barreira na prevenção de um incidente. Desenvolver estratégias educativas com os usuários é essencial. Diante disto, objetiva-se relatar uma ação educativa sobre segurança do paciente destinada à comunidade. **Método:** Trata-se de um relato da experiência vivenciada por acadêmicas do 7º ciclo de enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, durante prática clínica em uma unidade de atenção primária à saúde, em abril de 2017. O grupo realizou ação educativa junto à comunidade presente no Parque Areião – Goiânia – Goiás, no período matutino. **Resultados:** Para a ação educativa, foi confeccionado um folder baseado na Cartilha para a Segurança do Paciente⁽²⁾, que continha a marca da campanha, o conceito de SP, como e o que os usuários deveriam fazer para se protegerem nos ambientes de saúde e quais são os direitos dos pacientes. Uma das acadêmicas vestiu-se com uma placa ilustrativa da ação, contendo na parte anterior o slogan “Abril pela segurança do paciente” e na parte posterior os dizeres “#Você tem direito” e “#Segurança do paciente”. Os outros acadêmicos seguravam balões azuis e distribuíam os folders. Participaram da ação 50 pessoas, que foram abordadas de forma individual ou em pequenos grupos. As acadêmicas entregavam os folders e dialogava sobre a temática, enfocando a importância da participação do usuário em prol de sua segurança. Abrangeu-se a importância da comunicação com os profissionais de saúde, da identificação adequada dos pacientes nos SS e riscos que os



usuários ficam expostos nestes serviços. Algumas pessoas se aproximavam espontaneamente e outras foram abordadas e apresentaram-se muito receptivas ao diálogo e explicações. **Conclusão:** Todos os envolvidos na ação demonstraram satisfação e muito interesse pelo tema. A sensibilização dos usuários sobre SP é fundamental, deve ser realizada pelos SS e incorporada nas atividades de promoção da saúde na atenção primária. Discutir sobre esta temática antes que o usuário procure um SS alerta quanto aos riscos, desperta interesse, possibilita a busca por novas informações e conscientização sobre a sua importância no contexto da segurança. A atuação da enfermagem em prol da segurança do paciente é primordial, tanto enquanto atores da assistência, quanto nas ações de educação em saúde.

Referências

- 1 – BRASIL. Portaria MS/GM nº 1.377 de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília (Brasil): Diário Oficial da União; 2013.
- 2 – BRASIL. Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (Brasil): Diário Oficial da União; 2013.

UM PASSEIO NA DIAGRAMAÇÃO DA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM: O OLHAR DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DA PUC GOIÁS

Angélica Galdino de FARIA¹, Karita Mayara Socorro Lopes da SILVA¹, Silvio José de QUEIROZ², Vanusa Claudete A Usier LEITE², Maria Madalena Del Duqui LEMES² (orientador)

¹ Acadêmica de Enfermagem do sexto ciclo da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.



²Professor(a) do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Resumo Simples (78ª SBEn)

Introdução: A Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) da Sociedade Brasileira de Enfermagem (SOBEN) é um órgão de divulgação do conhecimento da enfermagem, com várias histórias para contar. Em 1954 adota o nome Revista Brasileira de Enfermagem com outra capa especialmente desenhada por um artista plástico e a marca REBEn. Com o passar do tempo, novo formato da revista vai se apresentando, com novas e mais cores, com melhor qualidade de papel e divulgação de uma produção científica recente e atualizada. Objetivos: identificar historicamente a diagramação da revista ao longo desses anos. Descrição metodológica: estudo descritivo, documental. Os dados foram coletados da REBEn em abril de 2017, conforme disponibilizado online. Foi avaliada a diagramação dos 215 artigos disponíveis nos 46 anos, de 1972 a 2017. As imagens selecionadas seguiram os critérios de análise: o primeiro número e volume disponível online (1972), o último volume e número disponível online (2017) e aqueles que apresentaram diferenças significativas nesse intervalo de tempo (2006, 2008, 2010). Resultados: observou-se que do ano de 1972 a maio de 2017 houve mudanças no design estrutural dos artigos. Em 1972 o texto somente em português referenciando autor e a IES e sua disciplina; grandes margens, sem imagens de fundo, resumo no final do artigo, anexos e o termo bibliografias, acrescido de mais informações do autor. Em 2000, o título nos três idiomas (português, inglês e espanhol) com palavras-chave, origem do artigo, a IES dos autores do lado esquerdo e superior da página. Abstract e resumen no final do artigo. Informação da data de recebimento e aprovação do artigo. Em 2006, diagramação bem diferente. Título nos três idiomas, os autores localizados na margem esquerda e superior com sua categoria profissional e IES. Resumo, abstract e resumen com descritores. Submissão a provação. Uso do termo referências. Em 2008, diagramação mais diferente com as demais informações



das edições anteriores. Em 2010, a inserção de uma imagem, marca d'água, de uma enfermeira com informações semelhantes das edições anteriores. Ou seja, as alterações foram realizadas no tamanho da fonte, na inserção de imagens, nas informações dos autores de acordo com suas origens e titulações, resumos em português, inglês e espanhol, a inclusão dos descritores. Conclusão: as imagens mostraram mudanças magníficas ao longo do tempo, revelando as exigências do tempo e a evolução da diagramação impostas pela globalização, permitindo uma formatação mais agradável e de fácil leitura acompanhando a internacionalização, a criatividade e o compromisso com a sociedade diante do conhecimento. Implicações para enfermagem: cuidar da diagramação da revista permite facilitar a interpretação do conhecimento da enfermagem e proporciona a visibilidade na proposta da revista, uma vez que periódico científico desempenha funções específicas como a comunicação formal dos resultados de pesquisa original, entre outros.

Referências:

- Aurélio OnLine – Dicionário Português. 2008-2017.
<http://dicionariodoaurelio.com> 2008-2017. Acesso em 07/05/2017.
- Bachion MM. Mudanças organizacionais na ABEn e o Centro de Comunicação Social e Publicações. 2014. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 67(2);175-6.
- Cabral IE, Garcia TR. O projeto científico da revista brasileira de enfermagem – REBEn. 2011. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 64(1); 7.
- Mancia JR. Revista Brasileira de Enfermagem: 70 anos. 2002. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 55(1); 5-6.
- Martini JG. Produção científica da enfermagem. 2009. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 62(6); 807.

INDICADORES DE QUALIDADE RELACIONADOS A LESÃO POR PRESSÃO
Maressa Gonçalves da PAZ¹, Vitória Braz de Oliveira ALVES², Thaynara de



Oliveira SILVA³, Fernanda Miranda de OLIVEIRA⁴ e Juliana Caldas de SOUZA⁵
1,2,3 Enfermeiras Residentes do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo. Email: mary-184@hotmail.com, thaynara_50@hotmail.com e vittoria.braz@gmail.com. 4,5 Mestras e Tutoras da Residência Multiprofissional do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo. Email: fernanda01031988@hotmail.com e julianacaldas8@gmail.com. Introdução: A Lesão por Pressão (LPP) ocorre em decorrência de uma injúria na pele e/ou no tecido subjacente, em consequência da pressão, ou da pressão combinada com o cisalhamento, fricção, excesso de umidade e pele desidratada. 1. A LPP pode levar a um sofrimento físico e psíquico o que dificulta a recuperação do cliente. Além disso ela pode aumentar o risco a infecções, osteomielite e sepse, impossibilitando a processo de reabilitação. Nos Estados Unidos estima-se que o tratamento com as LPPs variam de US\$2.000 a US\$70.000 dólares por ferida, com uma média anual por hospital de US\$400.000 a US\$700.000. 2. No Brasil estudos mostram que a incidência de lesão foi de 8,5% em hospitais universitários, de 7,4% em centros médicos e de 23,9% em casas de repouso³. Com valores tão significativos a Organização Mundial de Saúde com o Programa Nacional de Segurança do Paciente adota seis protocolos com vista a ampliação da segurança do paciente, o Protocolo de número cinco é o de Prevenção de LPP. Diante deste cenário torna-se necessário o levantamento de indicadores de processo para melhor evidenciar a prevalência e incidência de LPP em um centros de Reabilitação e Readaptação onde a clientela predominante deste hospital é composta por pacientes com alteração motora e sensitiva, com lesados medulares, seqüela de acidente vascular encefálico, doenças neuromusculares e outras. Objetivo: Descrever o indicador de processo relacionado a prevenção e incidência de lesão por pressão de um Centro de Referência em Reabilitação e Readaptação do Estado de Goiás. Descrição Metodológica: Os dados foram coletados em um dos três postos da instituição. Este posto contém 36 leitos e o perfil de pacientes é de reabilitação e redaptação. O período de análise foi de Abril de 2016 a Março de 2017. Em um primeiro momento foi elaborado dois instrumentos de coleta de dados no programa Excel for Windows, um relacionado a identificação do paciente e o segundo relacionado a lesão por pressão. O primeiro continha dados de identificação do paciente como nome, idade, prontuário, sexo e a presença ou ausência de lesão. O segundo instrumento continha dados relacionados a prevalência, incidência e da relação de lesões tratadas versus lesões epitelizadas. O



preenchimento destes instrumentos foram realizados semanalmente pelo profissional residente de enfermagem, após estes dados foram filtrados pelo programa Excel for Windows afim de obter os valores finais. Posteriormente foi se inserido estes valores em uma outra planilha de dados consolidados. Em seguida foi realizado a análise da porcentagem dos valores encontrados, gráficos e tabelas para melhor visualização dos resultados encontrados. Resultados e discussão: Os dados apresentados fazem parte dos indicadores de qualidade monitorados no presente hospital. A amostra foi composta por 710 pacientes sendo destes 493 (69%) do sexo masculino e 217 (31%) do sexo feminino, a média de idade de 58,75. O mês que mais tinha pacientes internado foi o de Novembro, é o que tinha o menor foi Julho, isso ocorreu devido as férias do colaborador responsável pela internação dos pacientes. No período analisado tinha-se 314 lesões por pressão sendo tratadas. A prevalência foi de 44,22% com uma média de 26,16 lesões por mês. A Incidência de lesão por pressão adquiridas na instituição foi de 4,08% e de lesões não adquiridas na instituição foi 29,85%. A maior prevalência ocorreu nos meses de Novembro isso se explica devido ser um mês onde teve uma alta taxa de internação. A incidência de LPP adquirida na instituição foi evidente em Fevereiro isso ocorreu devido a alto nível de absenteísmo dos colaboradores de enfermagem prejudicando assim a assistência aos pacientes. Já a incidência de LPP não adquiridas na instituição foi mais expressivo nos meses de Abril e Maio isso ocorreu devido a mudança de perfil dos pacientes, pois tinham-se mais pacientes clínicos do que de reabilitação. As LPP epitelizadas nesse período foi de 20,70% sendo que no mês de Novembro a cicatrização dessas lesões foi em maior número. Isso se deu ao fato da padronização das coberturas utilizadas no tratamento das lesões após a criação do Núcleo de Lesão por Pressão. Este núcleo em formado por enfermeiras expertises no tratamento de lesões é que junto com as enfermeiras gestoras de caso decidem o melhor tratamento para a lesão do paciente. Em um estudo exploratório de revisão de prontuários em pacientes lesados medulares e em pacientes com diferentes graus de imobilização mostra que a incidência foi de 36,1%, sendo esta alta quanto comparada com os nossos resultados⁴. Isso mostra que as medidas de prevenção (uso de colchão caixa de ovo; uso de creme de barreira; mudança de decúbito e outras) estão sendo eficazes no presente hospital. Em um outros estudo realizado com 15 hospitais públicos e privados de Belo Horizonte mostra que prevalência nas unidade de internação e na unidade de terapia intensiva foide 35,5%, este resultado foi menor quando comparados com os nossos resultados pois a amostra do estudo



era de apenas 142 pacientes quando comparada com a nossa de 710 pacientes. O tratamento de LPP é baseado na realização de curativo que proporciona ambiente favorável para a cicatrização, vários estudos mostram a epitelização relacionado com o uso de produtos e coberturas⁶ porém existe poucos estudos realacionando o uso de padronização de coberturas e sua efetividade na cicatrização de lesões. Conclusão: O indicador é uma ferramenta poderosa na monitorização e na avaliação da qualidade de assistência, fornecendo dados concretos e viabilizando resultados positivos na assistência prestada pelo enfermeiro no tratamento de LPP. Referência:

1

3- Santos CT, Almeida MA, Lucena AF. Diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão: validação de conteúdo. Rev. Latino-Am. Enfer. 2016; 24(269): 1-8.

2- Carson D, Emmons K, Falone W, Preston AM. Development of pressure ulcer program across a university health system. J Nurs Care Qual. 2012;27(1):20-7.

4- Dias AO, Kameo SY, Moroka M. Úlceras por pressão em pacientes com lesão medular: Um problema constante? Terra e Cultura. 2010; 1(36): 117-126

5-Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Meléndez GV. Fatores associados a úlcera pos pressão em pacienetes internados nos centros de Terapia intensiva de Adultos. Rev. esc. enferm. 2010; 44(4): 1070-1076.

6-Buzzi M, Freitas F, WinterMB. Cicatrização de úlceras por pressão com extrato de Plenusdermax de Calendula officinalis L.Rev Bras Enferm. 2016;69(2):250-257.

DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO BASEADO EM EVIDÊNCIA PARA USO DA GLICOSE ORAL NO ALÍVIO DA DOR NEONATAL

Thamires Lorena Santos OLIVEIRA¹; Julyana Carvalho CALATAYUD²; Mariana BUENO³, Ana Karina Marques SALGE⁴; Carmen Gracinda Silvan SCOCHI⁵;
Thaíla Corrêa CASTRAL⁶

¹Acadêmica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás Goiânia-GO, Brasil. E-mail: thamireslorenaoiveira@gmail.com;

²Mestranda do Programa de Pós-Graduação da FEN-UFG, Goiânia-GO, e-mail:

julyanacalatayud@hotmail.com;

³Professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, e-mail: maribueno@hotmail.com;



⁴Professora Associada da FEN-UFG, Goiânia-GO, e-mail: anasalge@gmail.com;

⁵Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e-mail: carmenscochi@gmail.com;

⁶Professora Adjunta da FEN-UFG, Goiânia-GO, e-mail: thaccastral@gmail.com

Palavras-chaves: glicose, recém-nascido, manejo da dor, protocolos clínicos.

1. INTRODUÇÃO

O manejo da dor nos recém-nascidos (RN) é um grande desafio, visto sua incapacidade em reportar a dor, sendo a sua avaliação e tratamento dependente do profissional de saúde. A dor aguda é experienciada pelos RN diversas vezes durante a hospitalização em uma unidade neonatal para fins de diagnóstico e terapêutico. No entanto, a maioria das vezes os procedimentos são realizados sem tratamento.

Protocolos baseados em evidência científica têm sido utilizados para sintetizar e interpretar a evidência científica atual, como uma estratégia para facilitar a transferência de conhecimento. A credibilidade desses protocolos está relacionada à qualidade da evidência e ao comitê de especialistas envolvidos na elaboração¹.

A observação da prática clínica mostra que apesar dos profissionais de saúde conhecerem a efetividade da sacarose e a glicose no alívio da dor, utilizam muito pouco esses tratamentos durante os procedimentos dolorosos em unidade neonatal³. Além disso, não existe publicado no Brasil um protocolo para o uso dessas soluções em RN, utilizando a evidência científica disponível e as recomendações internacionais, adaptadas para o contexto local.

Desta forma, esperamos que um protocolo baseado em evidência do uso da glicose irá contribuir para a sua utilização rotineira e adequada na prática clínica, buscando uma assistência humanizada e de qualidade para os RN hospitalizados em unidade neonatal.

2. OBJETIVO



Descrever o processo e elaborar um protocolo clínico para sistematizar o uso seguro e efetivo da solução glicosada administrada por via oral, na prevenção e alívio da dor aguda durante procedimentos dolorosos em RN na unidade neonatal.

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo que integra o projeto de pesquisa “A transferência e utilização da evidência no manejo da dor aguda em recém-nascidos”, com financiamento da FAPEG (protocolo n° 48719520132) e CNPq (protocolo n° 48719520132).

A elaboração do protocolo baseado em evidência seguiu as etapas recomendadas no *GIN-Mcmaster Guideline Development Checklist* ⁴, que contém todas as etapas do desenvolvimento de um protocolo, desde o seu planejamento e formulação das recomendações, até a implementação e avaliação, e está disponível online (<http://cebgrade.mcmaster.ca/guidecheck.html>).

4. RESULTADOS

Um grupo de trabalho constituído por seis profissionais de saúde (02 médicos, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 01 fisioterapeuta e 01 técnico de laboratório), que prestam assistência ao RN em uma unidade neonatal de uma maternidade pública de Goiânia-GO, um pesquisador enfermeiro e especialista em dor neonatal, uma mestrande e um acadêmico de enfermagem constituíram o grupo que elaborou o protocolo. O grupo realizou quatro reuniões durante 2 horas para discussão e execução de cada etapa envolvida.

Foi realizada uma revisão bibliográfica para buscar revisões sistemáticas, recomendações clínicas e protocolos sobre o uso de glicose (ou sacarose) para o alívio da dor neonatal, tendo sido encontradas 04 revisões sistemáticas sobre a sacarose, 01 revisão sistemática sobre a glicose e 07 protocolos clínicos de hospitais do exterior.

Com base nas evidências científicas e na experiência clínica dos profissionais, foram estabelecidos os critérios para indicação e contraindicação da glicose,



possíveis reações adversas, material e método necessários para o preparo e administração, dosagem, prescrição e registro do protocolo. O protocolo e um fluxograma para o uso da glicose foi então elaborado, e revisado pelo grupo de trabalho. Posteriormente, o protocolo foi enviado por e-mail para um grupo de especialistas em neonatologia composto por 05 enfermeiras e 01 médica para avaliação dos aspectos como conteúdo, linguagem, clareza, aplicabilidade e relevância.

As sugestões dos especialistas incluíram inserir o nível de evidência para cada procedimento doloroso, padronização de termos, reorganização da ordenação dos itens, melhor detalhamento do volume e dosagem, correções gramaticais, dentre outros. Todas as sugestões foram incorporadas ao protocolo.

5. CONCLUSÃO

A construção do protocolo seguiu passos sistematizados propostos na literatura, considerou a melhor evidência científica disponível para o uso da glicose, e incluiu a experiência dos profissionais de saúde e especialistas da área neonatal.

Estudo tipo survey em 86 unidades neonatais (nível II e III) do Canadá identificou que 64% das unidades recomendavam o uso de sacarose e 2,3% o uso de glicose, e 87% tinham um protocolo escrito ⁵. Diferentemente do Brasil, não encontramos protocolos publicados. No entanto, apesar das evidências e recomendações para o uso das soluções adocicadas, estudos nacionais e internacionais ainda têm demonstrado o pouco uso dessas soluções na prática clínica ^{3,2}. Dessa forma, é possível verificar que existe uma lacuna entre a evidência científica e a prática clínica nas unidades neonatais.

6. CONTRIBUIÇÕES/ IMPLEMENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM

O protocolo clínico é uma importante ferramenta para sistematizar a prática e orientar os profissionais de saúde sobre uso adequado da glicose em RN, contribuindo para uma assistência de enfermagem neonatal de qualidade e humanizada. No entanto, a implementação deste protocolo não garante o uso da glicose pelos profissionais de saúde. Assim, são necessárias estratégias de



transferência do conhecimento, tal como lembretes, pôsteres, auditoria e feedback, entre outros para aumentar o uso da glicose para o alívio da dor neonatal.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [Boudoulas KD](#), [Leier CV](#), [Geleris P](#), [Boudoulas H](#). [The shortcomings of clinical practice guidelines](#). *Cardiology*. 2015;130(3):187-200.
2. [Courtois E](#), [Droutman S](#), [Magny JF](#), [Merchaoui Z](#), [Durrmeyer X](#), [Roussel C](#), et al. Epidemiology and neonatal pain management of heelsticks in intensive care units: EIPPAIN 2, a prospective observational study. *Int J Nurs Stud*. 2016 Jul (59):79-88.
3. [Rodrigues LD](#), [Warnock F](#), [Bueno M](#), [Minamisava, R](#), [Scochi CGS](#), [Castral, TC](#). Exposição dos recém-nascidos à dor em unidade neonatal. In: 3º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM NEONATAL-COBENEO, Anais...Goiânia: ABENFO, 2015, p.76-77.
4. [Schunemann HJ](#), [Wiercioch W](#), [Etxeandia I](#), [Falavigna M](#), [Santesso N](#), [Mustafa R](#), et al. Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise. 2014 CMAJ Feb 18;186(3):E123-42.
5. [Taddio A](#), [Yiu A](#), [Smith RW](#), [Katz J](#), [McNair C](#), [Shah V](#). Variability in clinical practice guidelines for sweetening agents in newborn infants undergoing painful procedures. *Clin J Pain*, 2009 Feb;25(2):153-5.



CONTRIBUIÇÃO DA HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR PARA PROMOVER A SAÚDE DO INDIVÍDUO HOSPITALIZADO

Ulisses Ferreira BARBOSA¹; Yure Junior da SILVA¹; Jhonny Patrick Santos
TEIXEIRA²; Milca Severino PEREIRA²

¹ Discentes do curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás); ² Orientadora, Doutora, Professora do Curso de Enfermagem PUC-Goiás

ulissesferr@hotmail.com, yure_junior@hotmail.com,

jhonnypatrick10@hotmail.com, milcaseverino@gmail.com

Introdução: Desde Florence Nightingale e Ignaz Semmelweis que os procedimentos de higienização do espaço hospitalar têm importância e destaque devido ao seu significado na prevenção de infecções. Evidências científicas, comprovam que por meio da limpeza de qualidade, pode - se reduzir significativamente a carga microbiana e, desta forma, diminuir os riscos de infecção, proporcionando um ambiente limpo e apropriado para a prestação dos cuidados necessários à atenção à saúde das pessoas¹. Assim, questiona-se: Qual a importância de uma higienização eficiente do ambiente hospitalar? Uma higienização inadequada pode ocasionar riscos à comunidade hospitalar?

Objetivos: Realizar uma intervenção na realidade com a finalidade de proporcionar orientações aos profissionais acerca da higienização hospitalar; identificar a importância da limpeza no ambiente hospitalar com enfoque à saúde do paciente e apontar os benefícios da higienização adequada como uma contribuição ao cuidado. **Método:** Estudo embasado no “Método do Arco de Charles Magueréz”² que tem como suporte a Metodologia da Problematização o qual consiste em adotar as seguintes etapas: observação da realidade, pontos chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Assim, no dia 31 de agosto de 2015 foi realizada uma visita no Hospital público de Goiânia com o intuito de, individualmente, fazer a observação da realidade em todas as áreas da instituição, cuja finalidade foi desenvolver o estudo de forma crítica e reflexiva, frente aos problemas encontrados no local. **Resultados:** Realizou-se uma observação geral da



realidade da instituição, verificou-se a execução das técnicas de limpeza de forma inadequada, detectou-se que o dimensionamento de profissionais na unidade estava abaixo das necessidades, a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) estava incompleta, assim como uma desorganização do ambiente de trabalho. Frente a esses problemas foram elencados dois pontos chaves, a partir dos quais elegeu-se a higienização hospitalar inadequada, como temática de estudo. Foram levantadas cinco hipóteses de solução, sendo a opção para a intervenção na realidade mediante a confecção de um adesivo ilustrativo contendo informações e figuras das etapas do processo de limpeza adequado. Este material educativo seria fixado nos carrinhos de limpeza, a serem transportados pelo próprio funcionário da limpeza, como uma medida apropriada e possível para modificar as condutas identificadas como inapropriadas. **Considerações:** Com o presente estudo, pode-se constatar a relevância das respostas encontradas no que diz respeito ao valor da higienização hospitalar embasada nos protocolos, com o intuito de garantir a redução dos índices de infecções hospitalares e, assim, contribuir na eficácia da assistência, proporcionando conforto e bem estar ao paciente e aos profissionais envolvidos no processo do cuidar. A partir do lembrete, por meio do adesivo fixado nos carrinhos, espera-se que haja uma aceitação pelos profissionais da unidade de saúde, a fim de que eles sejam estimulados e estejam comprometidos com a realização da higienização adequada do ambiente hospitalar.

Descritores: Higienização hospitalar. Risco de Infecção. Assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

- 1-CARRARO; T.E. Os postulados de Nightingale e Semmelweis: poder/vital e prevenção/contágio como estratégias para a evitabilidade das infecções. Revista Latino-am de Enfermagem. 12(4): 650-7. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a11.pdf>>
- 2-BERBEL. N; COLOMBO. A. A metodologia da problematização com o arco de Magueréz e sua relação com os saberes de professores. Londrina, 2007. Disponível em: <<http://unibarretos.edu.br/v3/faculdade/imagens/nucleo-apoio-docente/METODOLOGIA%2>>



17a 19 de maio de 2017 | Goiânia Goiás

Anais da Semana Brasileira de Enfermagem – Seção Goiás

AUTOR CORPORATIVO

v.1, nº 1 (mai. 2017)

Publicação da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Goiás

Rua T-36 Nº.3182 Od.147, Ed. Aquarius Center, Sala 604

Setor Bueno - CEP: 74223-050 - Goiânia - Goiás

Presidente: Luciano de Moura Carvalho

Periodicidade de Publicação: Anual - **Idioma:** Português

CORPO EDITORIAL

Editora Geral

Valéria Pagotto

Diretora do Centro de Estudos
e Pesquisas em Enfermagem

Aben-Goiás

Prof. Dra. Fen/UFG / Enfermeira SMS

Editores:

Cristiane José Borges (UFG/ Regional Jataí)

Celia Scapin Duarte (UFG/ Regional Goiânia)

Elisângelo Aparecido Costa da Silva (UNIFAN)

Heliny Carneiro Cunha Neves (UFG/ Regional Goiânia)

Kênia Alessandra de Araújo Celestino (PUC Goiás)

Marcos André de Matos (UFG/ Regional Goiânia)

Lucimeire Fermino Lemos (UFG/ Regional Goiânia/ SES)

Karlla Antonieta Amorim Caetano (UFG/ Regional Goiânia)

Katiane Martins Mendonça (IFG)

Rayana Gomes Oliveira Loreto (PUC GOIÁS/ CEGESP)

Selma Rodrigues Alves Monstefusco (UFG/ Regional Goiânia / UNIVERSO)

Sue Christine Siqueira (Faculdade Estácio de Sá de Goiás)

Conselheiros:

Carla de Almeida Silva

Clarissa Irineu de Sousa Carrijo

Dayane de Melo Costa

Débora Moura Miranda Goulart

Elisângela Rodrigues Boeira

Fernanda Lima e Silva

Juliana Carvalho de Lima

Leyla Gabriela Verner Amaral Brandão

Luana Rocha da Cunha Rosa

Marcela Rarumi Sagawa

Natália Nunes Costa

Sergiane Bisinoto Alves

Conselho Editorial:

Marcos André de Matos

Katiane Martins Mendonça

Disponível em:

www.anaisabengoiás.com.br

Projeto Gráfico, Diagramação e Programação:

Adalberto Meira (Pense Designer Criativo)

Jean Cardoso da Silva (EventoGyn)





78ª+SBEn®
SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM
BOAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM E A CONSTRUÇÃO
DE UMA SOCIEDADE DEMOCRÁTICA

17a 19 de maio de 2017 | Goiânia Goiás



ASSOCIAÇÃO
BRASILEIRA
DE ENFERMAGEM
SESSÃO GOIÁS

Disponível:
www.anaisabengoiias.com.br

ISSN:

