

RISCOS E COMPLICAÇÕES DE INFECÇÕES EM CATETER VENOSO CENTRAL EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Nathália dos Reis Anaia¹; Adriana Aparecida Baraldi Gaion²

¹Aluna de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – nathyanaya@hotmail.com;

²Professora do curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – adrianabgaion@bol.com.br

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: Enfermagem; Infecções relacionadas a cateteres; Cateterismo venoso central; Unidades de Terapia Intensiva.

Introdução: As Unidades de Terapia Intensiva constituem espaços especializados em hospitais destinados ao tratamento de pacientes complexos cuja sobrevivência se encontra ameaçada por doenças graves com risco iminente de morte (OLIVEIRA *et al.*, 2013; CENEDÉSI *et al.*, 2012). O cateter venoso central (CVC), com a posição de sua extremidade na veia cava superior ou inferior, possibilita um acesso venoso de grande calibre e rápido ao sistema circulatório central, à corrente sanguínea. Por serem amplamente utilizados e possuírem tais características, as complicações também são maiores com relação aos dispositivos periféricos, podendo assim, existir complicações mecânicas e infecciosas (GOMES E NASCIMENTO, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2013). A equipe de enfermagem é responsável diretamente pela assistência prestada ao paciente que necessita dos cuidados em unidades de terapia intensiva. Enquanto líder da equipe, o enfermeiro, tem como responsabilidade evitar e prevenir complicações relacionadas ao paciente durante a sua permanência nesta unidade. Sendo assim, a realização deste trabalho busca descrever a importância das ações de implementação do profissional Enfermeiro na contribuição para a prevenção das complicações, focando a infecção do cateter venoso central.

Objetivos: Descrever os riscos e complicações relacionadas à infecção no cateter venoso central durante a permanência do paciente na Unidade de Terapia Intensiva; Identificar as atribuições do enfermeiro para prevenção na prática.

Relevância do Estudo: Demonstrar a importância da implementação de ações e medidas, que podem ser desenvolvidas e realizadas pelo Enfermeiro, para o controle de infecção.

Materiais e métodos: Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, onde foram selecionados artigos que se identificavam com o trabalho proposto, cujo levantamento bibliográfico ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde na base de dados caracterizada como LILACS, BDENF e na SciELO, e com o auxílio do site da ANVISA, COFEN e revistas eletrônicas, publicados no período de 2005 a 2015.

Resultados e discussões: Foram identificados como principais fatores de risco e complicações, o tipo do cateter, o número de lúmens, tipo de infusão, técnicas de inserção, dando ênfase para o tempo de permanência, segundo o número de dias de uso do cateter, e o sítio de inserção, como o principal fator de infecção (SIQUEIRA *et al.*, 2011). Para Oliveira *et al.* (2013), na infecção por microorganismos, tem prevalência as bactérias *staphylococcus aureus*, nas culturas positivas, seguido por *staphylococcus coagulase negativos*, além dos bacilos gram negativos *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter sp.* Em relação ao local de escolha de inserção foi identificado, através das literaturas, como melhor opção a veia subclávia, onde descrevem como menor taxa de infecção, além de orientar a retirada do cateter antes de 14 dias ou quando a infecção for comprovada (SIQUEIRA *et al.*, 2011). Gomes e Nascimento (2013), afirmam que quanto maior o número de lúmens, maior o risco de infecção, devido às vias e excessos nas manipulações das conexões. De acordo com

Oliveira *et al.*, (2013) e Neves Junior *et al.*, (2010), a punção venosa central é dita pela literatura como um procedimento seguro, porém está sujeito à complicações como pneumotórax, hemotórax, punção arterial, arritmias, mau posicionamento do cateter e infecção, sendo esta, a complicação mais grave associada aos cateteres. Uma estratégia realizada pelo enfermeiro, além do controle e da avaliação constante da equipe, relevante para redução da incidência de complicações imediatas e tardias deve ser a implementação de critérios rigorosos de indicação, aderência estrita aos passos técnicos preconizados para se realizar o acesso vascular em questão, incluindo a obediência integral às regras de assepsia e antisepsia de um procedimento cirúrgico padrão, além dos cuidados relacionados ao uso e à manutenção do cateter, proporcionando, desta forma, buscar a segurança do paciente e a redução do seu tempo de internação hospitalar (OLIVEIRA, 2013; PASSAMANI E SOUZA, 2011). Medidas essas como higienização das mãos, antes e após a manipulação do cateter, utilização de proteção de barreiras máximas (EPI's), preparo da pele com gluconato de clorexidina, seleção do sítio de inserção, dando preferência a veia subclávia, revisão constante da necessidade de permanência do cateter, e outras práticas como a documentação de avaliação diária do paciente em uso do cateter, desinfecção dos conectores antes de serem acessados, coberturas com aspecto adequado, troca correta do curativo, utilizando preferencialmente a clorexidina alcoólica 0,5% a 2%, troca do sistema de infusão no tempo adequado, num prazo de 24 a 96 horas dependendo da finalidade do uso, e identificação da data de troca deste (ANVISA, 2010).

Conclusão: Finalizando, o uso do CVC é de extrema valia, porém carrega junto a si, problemas de alta complexidade, envolvendo inúmeros fatores de risco que podem causar infecção, e várias complicações a este associado. Que é imprescindível, elaborar e adotar estratégias rigorosas que minimizem e reduzem os riscos, a fim de garantir melhor qualidade na assistência e segurança ao paciente que faz uso do CVC na UTI, colaborando para diminuição acentuada dos custos, e permitindo um menor tempo de hospitalização.

Referências:

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BR). **Infecção de corrente sanguínea - Orientações para prevenção de infecção primária de corrente sanguínea**. Brasília:

ANVISA; 2010. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ef02c3004a04c83ca0fda9aa19e2217c/manual+Final+preven%C3%A7%C3%A3o+de+infec%C3%A7%C3%A3o+da+corrente.pdf?MOD=AJPERES>.

CENEDÉSI, M. G. *et al.* **Funções Desempenhadas pelo Enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva**. Rev Rene. 2012; 13(1):92-102. Disponível em:

<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-24347>.

GOMES, A. V. O; NASCIMENTO, M. A. L. **O processo do cateterismo venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica**. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(4):794-800 www.ee.usp.br/reeusp/, 2013.

NEVES JUNIOR, M. A. *et al.* **Infecções em cateteres venosos centrais de longa permanência: revisão da literatura**. J Vasc Bras. 2010;9(1):46-50.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492010000100008>. Porto Alegre/ 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492010000100008.

OLIVEIRA, F. J. G. *et al.* **Utilização de Cateter Venoso Central em Pacientes Internados em uma Unidade de Terapia Intensiva**. Rev Rene. 2013; 14(5):904-10. Disponível em:

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1149/pdf1>.

PASSAMANI, R. F.; SOUZA, S. R. O. S. **Infecção relacionada a cateter venoso central: um desafio na Terapia Intensiva**. Ano 10, Janeiro a Março de 2011. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, 2011.

SIQUEIRA, G. L. G. *et al.* **Infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central (ICSRC) em enfermarias: estudo prospectivo comparativo entre veia subclávia e veia jugular interna**. J Vasc Bras 2011, Vol. 10, Nº 3. Porto Alegre/2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1677-54492011000300005&script=sci_arttext.

AS VANTAGENS DA UTILIZAÇÃO DA MEDICINA HIPERBARICA

Jose Luiz Santos Magalhães¹
Jose Claudio Simão²

Graduando em Enfermagem pela Enfermagem da Faculdade Integradas de Bauru¹
Professor do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Integradas de Bauru²

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: Bacharelado em Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Ferimentos e lesões, Cicatrização, Oxigenação Hiperbárica.

Introdução: A pele também denominada como "cúti", é um dos órgãos do sistema tegumentar que tem como função proteger os tecidos subjacentes, por meios humorais (sebo), celulares (melanina) e imunológicos, além de regular a temperatura corporal através de processos fisiológicos: a produção de sudorese, vasoconstricção e vasodilatação de sua rede vascular cutânea. A maior estrutura do nosso corpo no qual acontecem interações moleculares e celulares (GUIMARÃES, 2010). Lesões tissulares afetam a qualidade de vida das pessoas acometidas e sua autoestima, ocasionando efeitos emocionais diversos que refletem diretamente no desenvolver produtivo do dia-a-dia social (MARINHO, 1992). O tratamento destas lesões envolve medidas de prevenções, tais como: avaliações sistematizadas, prescrições distintas e tipo de curativo. Para isto, se faz necessária que seu estado fisiológico e emocional estejam preservados a fim de promover ambiente favorável para os cuidados diários do local afetado (LACERDA *et al.*, 2006). A fim de auxiliar neste tratamento temos a Medicina hiperbárica que é caracteriza-se por inalação de oxigênio a 100% em ambiente pressurizado (Pressão de 1,4 Atmosfera Absoluta). Seu mecanismo de ação compreende alterações fisiológicas onde o processo de hiperoxigenação durante as sessões que são realizadas diariamente contribuem para neovascularização, efeitos bioquímicos como por exemplo diminuição de gás carbônico residual e interação medicamentosa principalmente com antibióticos, como as sulfas, amiglicosídeos, vacominicina e cefalosporinas. angioneogenese, formação de novos vasos, o que favorece muito para uma melhoria do prognóstico da lesão (LACERDA *et al.*, 2006; ÉVORA, 1995).

Objetivo: Conhecer por meio de revisão da literatura o uso da medicina hiperbárica no tratamento de feridas

Relevância do Estudo: Levar ao conhecimento da comunidade acadêmica esta opção terapêutica para tratamento de feridas, baseada em relatos da literatura.

Materiais e métodos: Trata-se de uma revisão da literatura nas bases de pesquisa em livros e base de dados (google escolar, scielo, lilacs e medline) a fim de compreender o fenômeno estudado, suas vantagens clínicas para utilização e como viabilizar seu uso pela comunidade médica no Brasil e no mundo.

Resultados e discussões: A eficácia do tratamento foi relatada por vários autores em diversos estudos. Dentre estes, o efeito que foi mais discutido estava relacionado com a contribuição efetiva no processo de cicatrização nas mais diversas situações de agravo a este órgão de suma importância para manutenção da homeostase corporal. Aliado a tudo isto, foi possível constatar relatos de melhora na auto-estima e qualidade de vida das pessoas acometidas, contribuindo desta maneira para o retorno as suas atividades habituais e de lazer. O aumento da auto estima junto do tratamento da OHB obtiveram resultados eficazes no processo de cicatrização estimulando o indivíduo a lutar contra a doença

proporcionando uma boa recuperação, onde estimulou o retorno a vida desestabilizada pelas lesões portadas e com a melhora significativa que o OHB favoreceu aos pacientes (SILVA, 2010).

Conclusão: A medicina Hiperbárica como modalidade terapêutica tem se mostrado eficaz no tratamento de lesões tissulares, sejam elas agudas ou crônicas, por meio da aceleração do processo de cicatrização e consequentemente dando ao indivíduo condições para que se tenham melhor qualidade de vida.

Mesmo sendo eficaz, se foi possível detectar que se faz necessário maior divulgação no meio acadêmico e profissional, a fim de terem uma maior compreensão desta modalidade terapêutica e usá-la com mais frequência.

Referências:

EVORA, Yolanda Dora Martinez. **Processo de informatização em enfermagem: orientações básicas**. São Paulo: E.P.U., 1995. 105 p.

GUIMARÃES, T, D. **DICIONARIO DE TERMOS MÉDICOS, ENFERMAGEM E RADIOLOGIA**. 4 ed. SÃO PAULO: Rideel, 2010.

LACERDA, E. Sitnoveter L, Alcântara LM, Leite JL, Trevizan MA, Mendes IAC. **Atuação da enfermagem no tratamento com oxigenoterapia hiperbárica**. Rev Latino-am Enfermagem 2006.

MARINHO, B. **Qualidade de vida: necessidade ou modismo?** Rev. Insight-Psicoterapia. , São Paulo, 1992, v. 23. 2 p.

SILVA, T. C. **Qualidade de vida: relato dos pacientes portadores de feridas submetidos ao tratamento de oxigenoterapia hiperbárica**. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem. 88 89 p., 2010.

RESPONSABILIDADES E ESTRESSE DO ENFERMEIRO NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ellen Tatiane Ferreira¹; Ana Paula Merli²

¹Aluna do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
ellen_taty@yahoo.com.br;

² Docente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru – FIB - anamerli@ig.com.br.

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: Enfermeiro; Urgência; Emergência; Responsabilidade e Estresse.

Introdução: Como uma parte especializada da enfermagem, o serviço de urgência e emergência é bem difundido, o enfermeiro é constantemente levado a índices de desgaste físico e mental, além das condições de trabalho que nem sempre é favorável. Uma melhor compreensão dos fatores que desencadeiam as manifestações do estresse ocupacional no enfermeiro permite uma proposição de intervenções e a busca de soluções (SOBRAL *et al.*, 2013; FARIAS *et al.*, 2011).

Objetivos: Identificar as responsabilidades do enfermeiro no setor de urgência e emergência, propondo ações para minimizar o estresse no ambiente de trabalho.

Relevância do Estudo: Este estudo descreve o setor de urgência e emergência, relacionando às responsabilidades do enfermeiro, enfatizando o estresse.

Materiais e métodos: Trata-se de uma revisão de literatura narrativa, onde foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): enfermeiro; urgência; emergência; responsabilidade e estresse, seguindo critérios de inclusão e exclusão.

Resultados e discussões: A situação de urgência e emergência pode ser descrita como aquela em que há alterações anormais no organismo humano, resultando em drástico transtorno da saúde ou em súbita ameaça à vida (ALMEIDA E PIRES, 2007).

O enfermeiro de unidades de urgência e emergência presta uma assistência imediata, eficiente e integrada com conhecimento técnico e habilidade profissional, assumindo assim o papel assistencial, que engloba a capacidade de promover ações procedimentais atendendo as necessidades de cuidados diretos ao paciente, papel de líder, que envolve os poderes de decisão, relacionamento, conhecimento e facilitação, papel de pesquisador, que tem função de contribuir para a prática científica da enfermagem, embora cada papel tenha a sua responsabilidade própria, eles se correlacionam e são encontrados em todos os campos da enfermagem (SOBRAL *et al.*, 2013).

Diante das intercorrências ocorridas nesse setor, evidenciamos um ambiente desgastante, onde o enfermeiro sofre uma sobre carga física e mental, onde se sobressai o estresse, tanto pela carga de trabalho, como pelas especificidades de suas tarefas. Pesquisas apontam que o estresse existe quando o ambiente de trabalho se torna uma ameaça ao indivíduo e repercute no plano pessoal e profissional, surgindo demandas maiores do que a sua capacidade de enfrentamento (BATISTA E BIANCHI, 2006).

O estresse pode ser considerado um problema de saúde pública, acrescentando a seu caráter natural a dimensão social das mudanças ocorridas na sociedade contemporânea. No ambiente de trabalho, dependendo do tempo de permanência, da natureza e da intensidade das relações que o indivíduo desenvolve, o estresse pode trazer repercussões negativas, tanto para sua saúde física como mental (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Uma melhor compreensão dos fatores que desencadeiam as manifestações do estresse ocupacional no enfermeiro permite uma proposição de intervenções e a busca de soluções (FARIAS *et al.*, 2011).

A busca de soluções e ações que minimizem o estresse na profissão aumenta a produtividade, ou melhor, a qualidade dos serviços prestados seja direta ou indiretamente para com o paciente. Entretanto, esse caminho não é fácil, o enfermeiro precisa se conhecer e estabelecer limites próprios e descobrir a melhor alternativa que canalize as situações difíceis para então se tornar eficaz e eficiente naquilo que faz, ele deve gostar do setor que trabalha, no caso o setor de urgência e emergência, e exercer a profissão com respeito à própria individualidade e a individualidade alheia, sendo o outro paciente ou colega de trabalho (MACIEL, 2001).

Conclusão: Existem algumas dificuldades características no setor de urgência e emergência que tornam o ambiente desgastante, onde o enfermeiro sofre uma sobrecarga física e mental, onde se sobressai o estresse, tanto pela carga de trabalho, como pelas especificidades de suas tarefas. Diante disto, concluímos que conseguimos identificar os fatores estressores principais que contribuem para o desenvolvimento do estresse ocupacional. Quanto mais contato o indivíduo tem com os fatores estressores mais estímulos estressores o organismo recebe, o que leva o corpo a apresentar sinais e sintomas físicos e mentais. Sendo assim acreditasse que ao reconhecimento desses fatores estressores e a busca de soluções e resolução dos mesmos, é a principal prevenção para o estresse no ambiente de trabalho.

Referências:

- ALMEIDA, P. J. S.; PIRES, D. E. P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 03, p. 617 – 629, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>.
- BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. Revista Latino-am Enfermagem, 2006 julho-agosto; 14(4):534-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a10.pdf>.
- FARIAS, S. M. C.; TEIXEIRA, O. L. C.; MOREIRA, W.; OLIVEIRA, M. A. F.; PEREIRA, M. O. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. Revista Esc Enferm USP, São Paulo, 2011; 45(3):722-9. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp.file:///C:/Users/PA01/Downloads/40758-48539-1-PB.pdf.
- MACIEL, A. M. M.; MURAKAMI, M. Estresse na enfermagem: buscando a compreensão no contexto do trabalho. RevEnferm UNISA 2001; 2: 36-9. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2001-08.pdf>.
- OLIVEIRA, J. D. S.; ALCHIERI, J. C. ; JUNIOR, J. M. P.; MIRANDA, F. A. N.; ALMEIDA, M. G. Representações sociais de enfermeiros acerca do estresse laboral em um serviço de urgência. Revista Esc Enferm USP, São Paulo, 2013; 47(4):984-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0984.pdf>.
- SOBRAL, P. H. A. F.; SILVA, A. M. P.; SANTOS, V. E. P.; SANTOS, R. A. A.; SANTOS, A. L. S. Atuação de enfermagem em serviços de emergência: revisão sistemática. J. res.: fundam. care. online 2013. out./dez. 5(4):396-07. Disponível em: [file:///C:/Users/PA01/Downlods/DialnetAtuacaoDeEnfermagemEmServicoDeEmergencia-4767569.pdf](http://www.dialnet.br/Documentos/detalhe.php?id=4767569).

PREVENÇÃO DE PAPILOMA VÍRUS HUMANO EM ADOLESCENTES

Andréia Franco Henrique Ossuna¹; Ana Paula Delgallo Merli²

¹Aluna de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – deiaossuna@hotmail.com

²Professora do curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – anamerli@ig.com.br

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: HPV, adolescentes, prevenção, promoção em saúde, enfermeiro.

Introdução: O Papiloma vírus Humano, conhecido também como HPV, é um vírus transmitido através do contato direto e se instala na pele ou em mucosas e afeta tanto homens quanto mulheres. A maioria das infecções pelo HPV é transitória, sendo combatida pelo sistema imune e regredindo entre seis meses a dois anos (COSTA E CORTINA, 2009). O período necessário para o aparecimento das primeiras manifestações clínicas é de aproximadamente três semanas a oito meses, mas pode demorar até 20 anos. Atualmente, a infecção por HPV é a doença sexualmente transmissível (DST) mais freqüente, ou seja, é a principal infecção viral transmitida pelo sexo (CVE, 2014). Entretanto, entre os mais de 150 tipos diferentes de HPV existentes, alguns tipos de vírus que podem afetar as áreas genitais de ambos os sexos, estima-se que apenas 10% das pessoas infectadas irão apresentar alguma manifestação clínica provocando diversas doenças, como as verrugas genitais, os cânceres de colo do útero, garganta (orofaringe), tanto benignos quanto malignos (RAMOS, 2013).

Objetivos: Apresentar a prevenção do Papiloma Vírus Humano (HPV), e descrever o papel do enfermeiro na promoção e prevenção dessa doença na adolescência.

Relevância do Estudo: Este estudo é sem dúvida de suma importância para todos que trabalham com saúde pública, e a importância da prevenção desta doença. O principal foco é o enfermeiro atuando na comunidade jovem de forma ativa, orientado sobre a prevenção desse vírus, e garantir uma qualidade na vida adulta desses adolescentes.

Materiais e métodos: Trata-se de uma revisão de literatura, onde foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Adolescentes, doenças sexualmente transmissíveis, HPV, prevenção e assistência de enfermagem, acompanhando critérios de inclusão e exclusão.

Resultados e discussões: O HPV (papiloma vírus humano) é vírus que engloba mais de 150 tipos diferentes, pode provocar a formação de verrugas na pele, e nas regiões oral, anal, genital. As lesões genitais podem ser de alto risco de tumores malignos, especialmente do câncer do colo do útero e do pênis. Até o momento, o principal tratamento é a destruição da lesão que o vírus está causando. Como em toda infecção, estão indicadas medidas gerais como higiene, recomendação do uso de preservativo nas relações sexuais, encaminhamento do parceiro para investigação e orientação, e tratamento das infecções secundárias (PANISSET E FONSECA, 2009). Há três opções de tratamento: químico, cirúrgico e uso imunomoduladores, a escolha vai depender de número, gravidade e tamanho das lesões, disponibilidade de recursos. A vacina HPV é uma forma de prevenção, é do tipo bivalente e quadrivalente, bivalente possuem em sua formulação uma combinação de 2 tipos de vírus 16 e 18 é comprovada que a maior proteção e indicação para mulheres que nunca tiveram contato com o vírus, e a quadrivalente que combina 4 tipos de vírus do HPV que são 16, 18, 6 e 11, inferindo a produção de 10 vezes mais anticorpos que uma infecção natural pelo HPV (CVE, 2014). A iniciação sexual precoce e a multiplicidade de parceiros são fatores de risco determinantes para o crescente índice de adolescentes infectadas pelo HPV (SOUZA *et al.*,

2006). As equipes de saúde devem utilizar abordagens adequadas para incluir com mais efetividade os adolescentes nos serviços de saúde necessários para o combate desse sério aumento de casos de HPV na adolescência. O enfermeiro deve atuar na comunidade de forma ativa, desenvolvendo programas como palestras de fácil entendimento, sendo o foco as Unidades Básicas de Saúde (UBS), escolas, centros educacionais entre outros para que os jovens entendam e interajam junto desse programa de prevenção. A contaminação pelo HPV é considerada um grave problema de saúde pública, a prevenção é a melhor maneira para controlar esse tipo de vírus, e garantir uma qualidade na vida adulta desses adolescentes (COSTA E CORTINA, 2009).

Conclusão: É importante que estados e municípios condicionem programas permanentes, definam estratégias para o aumento de cobertura dos exames citopatológicos periódicos, principalmente nos grupos de maior vulnerabilidade sócio educacional, onde se concentram os maiores obstáculos acessíveis ao Sistema Único de Saúde (SUS). A partir do exposto, podemos concluir que o HPV representa um desafio em termos de saúde pública, pois afeta milhões de indivíduos em todo o mundo, em que os adolescentes acabam sendo os maiores portadores. Sendo assim, esclarecer todas as dúvidas da população envolvida em relação ao HPV, e de desenvolver grupos de profissionais capacitados na área da saúde para uma correta orientação ao paciente que já tenha contraído a doença ou a pacientes que tenham dúvidas em como agir na prevenção da doença.

Referências:

COSTA, A. C.R. e CORTINA. I., **Papel do enfermeiro na promoção e prevenção do Papiloma Vírus Humano na adolescência.** Rev. Enferm. UNISA 2009; 10(2): 134-8.

CVE. Secretaria do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Controle de doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Divisão de Imunização.** São Paulo. Fev. 2014.

PANISSET, K. S. P., FONSECA, V. L. M. **Patologia Cervical na Gestação Adolescente.** Revista Adolescência e Saúde. Vol.6 nº4 Out/Dez 2009. Disponível em: <<http://www.revistaadolescenciaesaude.com.br>> Acesso em: 09 set. 2015.

RAMOS, M. L. M., **Alterações Citopatológicas Ocasionadas pelo Papilomavírus Humano (HPV) em Adolescentes no Brasil.** Faculdade Boa Viagem, Recife, 2013.

SOUZA *et al.* **Papiloma vírus humano em adolescentes: relação entre a vida sexual precoce e a prevalência da morbidade.** Disponível em: <<http://www.inicepg.univap.br/2007>>. Acesso: 08 set. 2015.

O ENFERMEIRO E SUA PARTICIPAÇÃO NA PRÁTICA DO AUTOCUIDADO DO PACIENTE COLOSTOMIZADO

Lia Rocia Lobregat de Moraes¹, Flavia Franco Vidrik², Elda Garbo Pinto³

¹Aluna de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru - FIB¹ lia.lobregat125@gmail.com

²Professora de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru - FIB² flavi.franco@uol.com.br

³Professora de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru - FIB³ bauruelda@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: enfermeiro - autocuidado - participação - colostomia

Introdução: Para a enfermagem, a educação em saúde é fundamental e indispensável para o processo do cuidado, resultando em uma assistência de qualidade, pois o enfermeiro além de cuidador é um educador (REVELAS E TAKAHASHI, 2007). Sendo assim uma forma eficaz de promover o cuidado de enfermagem é mediante a aplicação do autocuidado (SAMPAIO *et al.*, 2007). A participação do enfermeiro nesta prática de autocuidado com o paciente colostomizado é de extrema importância e indispensável, pois exige uma reflexão sobre os aspectos de reabilitação, significando um grande desafio (NASCIMENTO *et al.*, 2010).

Objetivos: Descrever a participação do enfermeiro em relação ao autocuidado para o paciente colostomizado.

Relevância do Estudo: O estudo mostra a importância do enfermeiro na prática do autocuidado do paciente colostomizado, sendo que este profissional pode fazer a diferença na vida deste paciente, pois, estará com ele em todas as etapas deste processo, desde a fase pré-operatória, até o momento em que recebe alta e o desafio de encarar uma nova realidade devido a sua nova condição.

Materiais e métodos: Realizou-se um levantamento bibliográfico dos últimos doze anos (2003 a 2015), através de pesquisa on-line, na qual foram coletados dados de bases como Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde/ Biblioteca Regional de Medicina) utilizando como descritores: Paciente, assistência, enfermagem e colostomia.

Resultados e discussões: A colostomia é uma intervenção cirúrgica na qual modifica-se a fisiologia humana realizando a confecção de um novo trajeto para eliminação das fezes, ela pode ser criada com uma condição temporária ou permanente (VASCONCELLOS E XAVIER, 2015). Além dos problemas comumente enfrentados pelos pacientes que são submetidos a uma cirurgia, os colostomizados enfrentam outros, tais como a exposição a uma série de constrangimentos sociais, pela possibilidade de saída dos gases e vazamento de excrementos mediante a inexistência de controle voluntário, e pela falha na segurança e qualidade da bolsa coletora, o que provoca o medo da exposição em público por parte desses pacientes (NASCIMENTO *et al.*, 2010). A atuação de enfermagem é de grande relevância, pois além de dar suporte no período que antecede a cirurgia, é uma ação de aprendizado em que o enfermeiro e o paciente interagem em uma relação empírica buscando solucionar problemas, por meio do diagnóstico de enfermagem. É também por meio da consulta de enfermagem que se tem um acompanhamento direto ao paciente,

prevenindo as complicações relacionadas ao estoma, e ajudando-o a enfrentar as dificuldades ocasionadas pelas mudanças ocorridas após a colostomia (NASCIMENTO *et al.*, 2010). É preciso que ele se adeque ao seu novo estilo de vida favorecendo assim, a restauração da sua autoconfiança, pois, aprendendo a manusear sua colostomia, o indivíduo melhora não apenas a sua condição física, propiciando sua independência, mas também sua condição psicológica adquirindo assim controle e confiança aumentando assim sua autoestima (POGGETTO E CASAGRANDE, 2003).

Conclusão: O trabalho do enfermeiro vai além da abordagem científica, através de sua intervenção, ele se torna um agente de transformação podendo modificar os rumos da vida de seus pacientes e sua família percebendo e identificando suas dificuldades, que não são poucas, e buscando uma melhor forma de ajuda-lo, instituindo estratégias para retomada de suas atividades diárias e proporcionando conhecimento sobre as diversas etapas do tratamento.

Referências:

NASCIMENTO C. M. S; TRINDADE, G. L. B; LUZ, M. H. B. A; SANTIAGO, R. F. **Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para assistência de enfermagem.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jul-set; 20(3):557-64.[acesso 2014 Nov 15].Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/18.pdf>

POGGETTO M. T. D; CASAGRANDE L. D. R; **“fui fazendo e aprendendo...” temática de aprendizagem de clientes colostomizado e ação educativa do enfermeiro** Reme- revista mineira de enfermagem 7(1):28-34, jan/jul.,2003

REVELAS A. G.; TAKAHASHI R. T. **Educação em saúde ao estomizado: um estudo bibliométrico.** Rev. Esc. Enferm. USP.2007 jan-Mar; 53(4):163-7

SAMPAIO F. A. A; AQUINO P. S; ARAUJO T.L; GALVÃO M. T. G; **Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem***. Acta Paul Enferm 2008;21(1):94-100.[acesso 2014 Nov 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_14.pdf/

VASCONCELLOS F. M; XAVIER Z. D. M; **O enfermeiro na assistência do cliente colostomizado baseado na teoria de Orem** São Paulo: Revista Recien. 2015; 5(14):25-37

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE IDOSO – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Solange Oliveira¹, Josiane Estela de Oliveira Prado²

¹Discente de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB -
oliveirasolange2015@bol.com.br

²Docente do curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
josieprado@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem, Assistência integral ao idoso, Envelhecimento e Geriatria.

Introdução: Atualmente no Brasil, os idosos representam cerca de 10% da população geral. A Política Nacional de Saúde do Idoso instituída em 1999 tem como propósito a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção e a melhoria ao máximo da capacidade funcional dos idosos; a prevenção de doenças, a recuperação e a reabilitação da saúde. (OLIVEIRA E TAVARES, 2010).

O Enfermeiro tem por responsabilidade o planejamento do cuidado com o idoso, que acontece através da Consulta de Enfermagem, buscando o cuidado individualizado de cada necessidade do idoso (SILVA, VICENTE e SANTOS, 2014).

Objetivos: Descrever o processo de envelhecimento; analisar a importância do profissional enfermeiro no cuidado ao idoso.

Relevância do Estudo: Diante do grande número de idosos no Brasil, e tantos casos de maus tratos destacamos a importância do profissional de saúde para atender esse paciente, traçando um plano de cuidado e prevenção para que todas as pessoas entendam o quão importante é a presença de um profissional qualificado nesse momento da vida de cada pessoa.

Materiais e métodos: Revisão bibliográfica do tipo narrativa; Foram pesquisadas nas bases de dados, científicos eletrônicos, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online). Do cruzamento dos descritores: Assistência de Enfermagem, Assistência integral ao idoso, Envelhecimento e Geriatria. Foram utilizados como critério de inclusão artigos científicos nas bases de dados, publicados em português e indexados nos últimos dez anos. Os critérios de exclusão foram artigos escritos em outro idioma e que não compreendiam o tema proposto. Foram descartadas dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Após completa análise dos artigos, foram analisados vinte e quatro artigos eletrônicos e um livro relacionado à temática, sendo que vinte artigos e o livro foram selecionados.

Resultados e discussões: Processo de envelhecimento: De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) é considerado idoso a pessoa a partir de 60 anos de idade, e de acordo com o último censo realizado no ano de 2010 a população idosa no Brasil está em cerca de 14 milhões, IBGE (2010). Fazem parte do processo de envelhecimento limitações, perda de neuronal, sensorial, diminuição da audição, visão, olfato, redução da temperatura corporal, reflexos mais lentos (MORAES, 2008).

Alopecia, cabelos brancos, diminuição da força muscular, diminuição da produção de alguns hormônios, distúrbios dos sistemas respiratório e circulatório, alterações de memória, etc. (TEIXEIRA, 2008).

A importância do Enfermeiro no cuidado do idoso: De acordo com Both (2014), os resultados atribuídos ao significado da atuação da Enfermagem no cuidado com o paciente

idoso se refere ao comprometimento e excelência na qualificação do profissional Enfermeiro no cuidado com esse tipo de paciente.

A boa assistência de Enfermagem ao paciente idoso começa a partir da qualificação do profissional Enfermeiro diferenciada e de qualidade (GONÇALVES, 2010).

O Enfermeiro deve conhecer as necessidades do paciente idoso e supri-las (SOUSA e RIBEIRO, 2007).

Conclusão: Considera-se que no momento atual a Enfermagem passa por atualizações necessárias para cada vez mais atender a necessidade de cada paciente e específico, por isso se aprofundar em conhecimentos específicos no cuidado com o paciente idoso é de suma importância para o Enfermeiro, sendo assim para que todo o conhecimento adquirido possa ser colocado em prática é preciso estar fundamentado a partir de ações desenvolvidas durante a prestação de cuidado com o paciente idoso e sua família. O paciente idoso requer um cuidado diferenciado, suas limitações muitas vezes não estão ligadas a nenhuma patologia, mas simplesmente pelo processo de envelhecimento em si, por isso a Enfermagem tem um papel muito importante no cuidado com esse paciente, prestando uma assistência adequada de acordo com suas limitações e dificuldades como dificuldades motoras e de memória.

Referências:

BOTH, J. E. LEITE, M. T. HILDEBRANDT, L. M. BEUTER, M. MULLER, L. A. LINCK, C. L. **Qualificação da Equipe de Enfermagem Mediante Pesquisa Convergente Assistencial: Contribuições ao Cuidado do Idoso Hospitalizado.** Esc. Anna Nery. 18(3): 486-495. Palmeira das Missões/RS. 2014.

GONÇALVES, L. H. T. **A Complexidade do Cuidado na Prática cotidiana da Enfermagem gerontogeriatrica.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 13(3): 507-518. Rio de Janeiro/RJ. 2010.

IBGE (**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**). 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/apresentacao.html>>. Acesso em Set. de 2015.
MORAES, E. N. **Processo de Envelhecimento e Bases da Avaliação Multidimensional do Idoso.** 2008. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_215591311.pdf>. Acesso em Set. de 2015.

OLIVEIRA, J. C. A. TAVARES, D. M. S. **Atenção ao Idoso na Estratégia de Saúde da Família: Atuação do Enfermeiro.** Rev. Esc. Enferm. USP. 44(3): 774-81. São Paulo/SP. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/32.pdf>>. Acesso em Jan de 2015.

SILVA, K. M. VICENTE, S. R. SANTOS, S. M. A. **Consulta de Enfermagem ao Idoso na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa da Literatura.** 686 Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2014; 17(3):681-687.

SOUSA, L. RIBEIRO, A. P. **Prestar Cuidados de Enfermagem a Pessoas Idosas: Experiências e Impactos.** Saúde, Soc. São Paulo/SP. v. 22, n.3, p.866-877, 2007.

TEIXEIRA, C. S., PEREIRA, E. F. **Alterações Morfofisiológicas Associadas ao Envelhecimento Humano.** Santa Catarina. 2008. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd124/alteracoes-morfofisiologicas-associadas-ao-envelhecimento-humano.htm>>. Acesso em Set. de 2015.

A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Suelen Theodoro Moreira¹; Elda Garbo Pinto²; Flavia Cristina Franco Vidrik³;

¹Aluna de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – suellentmoreira@hotmail.com;

²Professora do curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru –
FIBbauruelda@yahoo.com.br;

³Professora do curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
flavi.franco@uol.com.br.

Grupo de trabalho:Enfermagem

Palavras-chave: Enfermagem, Humanização e Unidade terapia pediátrica.

Introdução:A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local onde se presta assistência qualificada especializada, independentemente de os mecanismos tecnológicos utilizados serem cada vez mais avançados, capazes de tornar mais eficiente o cuidado prestado ao paciente em estado crítico(CAETANO *et al.*, 2007).

Objetivos:Compreender o processo de humanização de enfermagem em unidade terapia intensiva pediátrica.

Relevância do Estudo: Dessa forma Rafaella *et.al.*, (2010), ressaltam que na vivência da hospitalização são atribuídos muitos significados ao ser enfermo, o que leva a família á intensos sentimentos que se originam em fatos reais ou imaginários, e se manifestam por meio de sentimentos ações e pensamentos que mostram a dificuldade que os pais possuem em lidar com a situação, tais como: nervosismo, choro, falta de apetite, e outras alterações comportamentais. A criança hospitalizada fica mais frágil e sensível emocionalmente. Isto intensifica quando a doença é crônica, sendo um tratamento mais prolongado, podendo também ser progressivo, fatal ou até causar prejuízos no funcionamento físico e/ou mental da criança (SCHNEIDER E MEDEIROS, 2011). Quando uma criança é hospitalizada, segundo Hayakaw *et.al.*, (2010), as perdas e os fatores de estresse repercutem diretamente nos seus familiares, pois ela é um indivíduo mais frágil, rico em possibilidades e longevidade.Quando uma criança é internada os pais vivenciam sentimentos de raiva, piedade, demonstrando não aceitar a situação. Tais fatores podem afetar o emocional da criança, e seus comportamentos diante da doença e internação. Caetano *et.al.*, (2007), ressalta o cenário do hospital como uma realidade que destitui a criança de sua função de ser criança, a partir dos aparelhos computadorizados, as luzes piscam, os inúmeros fios, os tubos e as máscaras limitam seus movimentos, as pessoas que executam sua função todas de branco, com comportamento estereotipados, e ainda as crianças destituídas de seus brinquedos. Desde Florence, já havia uma preocupação com a qualidade do atendimento de enfermagem dispensada aos pacientes/clientes. Recentemente no Brasil, Wanda Horta difundiu um modelo de atendimento de enfermagem que disponibilizou aos pacientes/clientes um tratamento que permite o auto cuidado sem se desvincular do acompanhamento da enfermagem, o que pode ser entendido como humanização no atendimento de enfermagem (MOTA, MARTINS E VERAS, 2006).

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de desenvolvimento metodológico qualitativo de revisão bibliográfica, utilizado publicações nos anos de 2005 a 2015.

Resultados e discussões: Foi identificado que o trabalho humanizado nas unidades de terapia intensiva pediátrica ajuda tanto os pais como as crianças a superarem suas

angustias, medo, nervosismo, choro e outras alterações comportamentais advindas da hospitalização.

Conclusão: O estudo demonstrou que a humanização em UTI pediátrica propicia melhorias nas práticas, com cuidado comprometido com a ética, o diálogo e autonomia do paciente e sua família, possibilitando uma maior participação da família no cuidado ao paciente em UTI e que a equipe pode ser solidária nos desenvolvimentos dos cuidados, respeitando a individualidade do paciente e de cada família.

Referências:

CAETANO, J. A.; SOARES, E.; ANDRADE, L. M.; PONTE, R. M. **Cuidado Humanizado em Terapia intensiva: Um Estudo Reflexivo.** Ver. Enf. Esc. Anna Nery.jun;11(2):p.32530,2007

HAYAKAW, L. Y.; MARCON, S.; SIGARASHI, I. H.; WAIDMAN, M. A. P. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. Rev Bras Enferm. 63 (3): 440-5, 2010.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VERAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de Humanização hospitalar. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago, 2006.

RAFAELLA, C. P. G.; BRITO, R.; STIVAL, F. M. C.; ESPÍNDULAS, B. M. A Importância do Enfermeiro na Humanização da Unidade de Terapia Intensiva. Rev.deEnf.jan/jul1(1)116,2010.

SCHNEIDER, C. M.; MEDEIROS, L. G. Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. Unoesc & Ciência – ACHS, Joaçaba, v. 2, n. 2, p. 140-154,jul./dez.2011

AUTONOMIA X DEPENDÊNCIA NA TERCEIRA IDADE

Camila Gracieli Alves¹; Elda Garbo Pinto²; Flávia C. Vidrik Franco³;

¹Aluna de Enfermagem - Faculdades Integradas de Bauru – FIB – camila.gracieli@gmail.com;

²Discente do curso de Enfermagem - Faculdades Integradas de Bauru – FIB - bauruelda@yahoo.com.br

³Docente do curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – flavi.franco@uol.com.br

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavra - chave: idoso, autonomia pessoal, dependência, envelhecimento.

Introdução: Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil passa por uma grande transformação demográfica, onde a população idosa está em grande aumento, a ponto de se estimar uma população idosa de 32 milhões em 2025, o que permitirá ao Brasil estar em 6º lugar em número de idosos no mundo (JUNIOR, 2010). É importante observarmos que envelhecimento e velhice são entendidos de maneiras diferentes. Em algumas situações, os idosos são dispensados de todo trabalho pesado, e podem ficar acomodados à custa dos filhos. Diante de outros casos, é o idoso que faz a tarefa árdua e monótona que não requer grande força física (FERREIRA, 2012).

Objetivos: Compreender a autonomia no idoso e sua dependência na terceira idade. Objetivos específicos: Descrever o processo de envelhecer na população idosa. Descrever o perfil da população idosa.

Materiais e métodos: Trata-se de pesquisa de revisão bibliográfica do tipo narrativa. A revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento de um assunto em questão, constituindo, basicamente de análise da literatura publicada em livros e artigos científicos (ROTHER, 2007). Foi realizada revisão de artigos científicos pesquisados em sites e na biblioteca das Faculdades Integradas de Bauru (FIB). A busca de referencial deu-se no período de junho a julho de 2015, nas bases de dados científicas da Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde Enfermagem (BVS), Centro Latino - Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Lilacs), utilizando o cruzamento dos descritores: idoso; autonomia pessoal; dependência e envelhecimento.

Resultados e discussões: A autonomia e independência estão ligadas a qualidade de vida dos idosos, pois uma permite a capacidade que o idoso tem de decidir, e a outra a capacidade de realizar algo de maneira apropriada, porém quando o idoso tem sua capacidade reduzida isso trás grandes consequências negativas para ele e para sua família, e demais pessoas do seu convívio (JUNIOR, 2010). O envelhecimento é hoje um instrumento de grande importância estrutural da sociedade contemporânea, estando associado a transformações sociais, econômicas e culturais, que induzem uma relação de reciprocidade (SILVA, 2013). A relação de dependência, onde o idoso está diante do olhar dos cuidados de outra pessoa, é importante avaliar a forma que se dá essa interação (LOPES, RODRIGUES e BARROS, 2012). A dialética entre a dependência, que surge pela necessidade de segurança, e a autonomia, pela busca da identidade e individualização. Quando as limitações físicas do idoso, o mesmo se sente com perda de sua autonomia, e assim ele passa por um decréscimo em sua auto-estima (BREDEMEIER, *et al*, 2011).

Na Política Nacional do Idoso, que foi promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura os direitos sociais da pessoa idosa, servindo as mesmas condições para que se promova sua autonomia, integração e participação na sociedade, assumindo assim que a principal causa que pode afetar o idoso é sua perda de capacidade funcional, que leva esse idoso a dependência (SILVA, 2006).

Conclusão: O perfil da nossa população idosa varia mediante regiões, pois as mudanças entre as populações ocorrem na parte cultural, econômica, social e até mesmo a espiritual temos que nos envolver e compreender essas transformações para oferecermos uma qualidade de vida e assistência melhor a cada indivíduo conforme suas condições e necessidades.

Referências:

BREDEMEIER, L. M. S.; WOLFF, H. S.; SANTOS, M. R. M.; ACCURSO, A.; SOARES, P. A.; RIEGEL, C.; MARTINS, M. D.; BONICOSKI, O.; BIANCHI, S.; NOGUEZ, C. S.

Autonomia na velhice: concepções de idosos participantes de um programa de ação social. Estud. Interdisciplin. Envelhec. (Porto Alegre, V16, edição especial, p. 371 – 384, 2011).

FERREIRA, A. B. **Saúde e envelhecimento.** São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2012.

JUNIOR, E. D. A. **Envelhecimento e vida saudável 2.** Rio de Janeiro, RJ: Apicuri, 2010.

LOPES, D. D.; RODRIGUES, D. F.; BARROS, M. V. D. N. **Para além da doença: integralidade e cuidado em saúde.** Psicol.pesq.vol.6 no.1, Juiz de Fora, julho, 2012.

ROTHER, E. T. **Revisão Sistemática X Revisão Narrativa.** Rev. Acta Paulista de Enfermagem vol.20, n.2, São Paulo, abril/junho, 2007.

SILVA, A. A. J. **Política Nacional de Saúde. Diretrizes.** PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006.

SILVA, S. A. M. **Envelhecimento: impacto e desafios para as políticas públicas de saúde.** Bauru/SP, 2013.

CICATRIZ DA BCG: UM BOM INDICADOR DE VACINAÇÃO?

Maria Estela Alves Cavalcanti da Silva¹; Elda Garbo Pinto²;

¹Aluna de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – sstela.ca@hotmail.com;

²Professora do curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB.

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: vacina BCG, tuberculose, cicatriz.

Introdução: A vacina BCG é uma das mais utilizadas em todo o mundo; entretanto, a tuberculose persiste como um dos mais importantes problemas de saúde pública (BREWER, 2000). A vacina BCG começou a ser utilizada em 1921 por via oral; posteriormente, passou-se a utilizar a via cutânea, devido à melhor indução da resposta cutânea de hipersensibilidade tardia (RCHT) à tuberculina, menor custo e menor taxa de eventos adversos (GLATTHAAR, KLEBERG, 1977). A vacina BCG utilizada no Brasil contém bacilos Calmette Guérin vivos, atenuados e liofilizados da cepa Moureau-Rio de Janeiro. A Fundação Ataulpho de Paiva (RJ) produz a vacina BCG para uso intradérmico (BCG-ID), em apresentações de 1 mg, 2 mg ou 5 mg (correspondendo a 10, 20 ou 50 doses), e vacina concentrada, para uso percutâneo (BCG-PC), que contém 40 mg. Ambas as apresentações devem ser reconstituídas de acordo com a orientação do fabricante antes da administração, que é feita na altura da inserção do deltoide direito (BRICKS, 2004). A via intradérmica é a mais utilizada em todo o mundo e é a única recomendada pela OMS e pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2003). As reações locais e sistêmicas dependem da cepa utilizada e são mais comuns em recém-nascidos do que em adolescentes. Os eventos adversos locais estão associados a problemas técnicos, como a aplicação no subcutâneo e a técnica de vacinação (JEENA, *et.al.*; 2001). No Brasil, a maioria das crianças vacinadas com BCG-ID apresenta cicatriz, recomendando-se revacinar aquelas que não apresentam nenhuma reação local até 6 meses após a vacinação (SÃO PAULO, 2011). Embora essa medida seja bastante útil, na prática, a leitura da cicatriz nem sempre é confiável.

Objetivos: Compreender o processo de cicatrização da vacina BCG e sua proteção e ou imunidade contra tuberculose.

Relevância do Estudo: Faz se necessário um aprofundamento maior em relação à resposta inflamatória local causada pela BCG derivadas dos linfócitos Th1, onde pela prática diária da própria autora observa vários fatores relacionados à cicatriz vacinal como: tempo decorrido entre a vacinação e a leitura, erros ou deficiência na padronização da aplicação de técnicas e habilidades na leitura da cicatriz.

Materiais e métodos: Apresenta-se uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa, baseada em artigos científicos e publicações de mesma temática.

Resultados e discussões: A vacinação pela BCG confere proteção contra as formas mais severas da doença na infância, como a TB miliar e a meningite sendo eficaz na redução da incidência em áreas endêmicas. Observou que quanto maior o tempo entre a vacinação e a primeira medida maior a reprodutibilidade, sugerindo que as características da cicatriz se estabilizam ao longo do tempo. Para aqueles indivíduos que foram vacinados com menos de quinze anos de idade o diâmetro da cicatriz aumentou ao longo do tempo, ou seja, a cicatriz aumentou com o crescimento do indivíduo (FLOYD *et. al.*, 2000). Estes resultados sugerem que a imunidade protetora ao bacilo tuberculoso pela vacina BCG requer considerável

replicação in situ da cepa vacinal e que os efeitos teciduais locais associados são proporcionais à indução de uma resposta linfoproliferativa e de INF- γ em resposta a antígenos micobacterianos e à imunidade específica para micobactéria (KEMP, BELSH e HOFT, 1996). Portanto, é possível que o diâmetro da cicatriz de BCG, além de ser a melhor expressão in vivo da resposta a esta vacina, também reflita a produção de citocinas Th1 secundárias a estimulação (SARINHO *et. al.*, 2000).

Conclusão: A cicatriz BCG é um marcador válido de vacinação com BCG, achado este independente da idade à vacinação nos primeiros anos de vida e que permanece elevada pelo menos até à idade de 14 anos. Ficou evidente que são altas as estimativas de eficácia do BCG contra meningite tuberculosa. Considera-se que a vacina ideal deva possuir um elevado efeito protetor contra tuberculose e com menor variação em diferentes contextos e formas clínicas, superando esta e outras deficiências anteriormente descritas acerca da vacina BCG.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa nacional de imunizações**. Brasília – DF, 2003.

BREWER, T. F. **Preventing tuberculosis with bacillus Calmette-Guerin vaccine: a meta-analysis of the literature**. Clin Infect Dis. v. 31, Suppl 3, p. 64-7, 2000.

BRICKS, L. F. **Vacina BCG: via percutânea ou intradérmica**. Jornal de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria, Rio de Janeiro, vol. 80, n.2, p.93:8, 2004.

FLOYD, S.; PONNIGHANS, J. M.; BLISS, L.; WARNDORFF, D. K.; KASUNGA, A.; MOGHA, P.; FINE, P. E. M. **BCG scars in northern Malawi: sensitivity and repeatability of scar reading, and factors affecting scar size**. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, v.4, n.12, p.1133-1142, 2000.

GLATTHAAR, E.; KLEBERG, H. H. **BCG immunization of infants by percutaneous multiple puncture**. S Afr Med J. v. 52, p. 1173-4, 1977.

JEENA, P. M.; CHHAGAN, M. K.; TOPLEY, J.; COOVADIA, H. M. **Safety of the intradermal Copenhagen 1331 BCG vaccine in neonates in Durban, South Africa**. Bull World Health Organ. v. 179, p. 337-43, 2001.

KEMP, E. B.; BELSH, R. B.; HOFT, D. F. **Immune responses stimulated by percutaneous and intradermal Bacille Calmette-Guérin**. The Journal of Infectious Diseases, Chicago, v.174, p.113-9, 1996.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações**. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. "Alexandre Vranjac". Suplemento da Norma Técnica do Programa de Imunização. São Paulo, 2011.

SARINHO, E.; SCHOR, D.; VELOSO, M.; LIMA, M. **BCG scar diameter and asthma: a case control study**, Journal of Allergy and Clinical Immunology, St. Louis, v.106, n.6, p.1199-1200, 2000.

O SENTIMENTO MATERNO DIANTE DA SÍNDROME DE DOWN.

Isabela Pompilio Ferreira¹; Flavia Cristina Franco Vidrik²; Elda Garbo Pinto²;

¹Aluna de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – isabela_pompilio@hotmail.com;

²Professora do curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB.

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: sentimento, bebê, gestação e síndrome de down.

Introdução: O médico inglês John Langdon Down, definiu a síndrome de Down como sendo um conjunto de sinais e sintomas caracterizado por um atraso no desenvolvimento das funções motoras e mentais (NASCIMENTO, 2006). Down descreveu alguns sinais físicos semelhantes em um grupo distinto de pessoas e as referiu como pessoas amáveis, amistosas porém improdutivas e incapazes para o convívio social, no entanto Down não soube descrever a causa da síndrome (NASCIMENTO, 2006). Cerca de 95% dos casos da síndrome de Down, são provocados pelo cromossomo 21 extra, por este motivo síndrome também é chamada de trissomia do 21 tal conclusão se deu através do estudo do cientista francês Jerome Lejeun que no ano de 1959 analisou os cromossomos de nove pessoas com a síndrome e concluiu que ao invés de possuírem 46 cromossomos por célula agrupados em 23 pares, tinham 47 cromossomos, um a mais no par de número 21 (NASCIMENTO, 2006). As manifestações clínicas da síndrome de Down são muitas, entre elas estão o crânio arredondado e pequeno, nariz e orelha pequenos, língua protusa, pescoço curto e largo e mãos largas e curtas com os dedos gordos. Podem apresentar também baixo peso ao nascerem e apresentam um alto risco para a leucemia (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). A notícia da chegada de um bebê que apresenta algum tipo de deficiência normalmente torna-se um evento traumático e desestruturador, que interrompe o equilíbrio familiar (HENN, PICCININI e GARCIAS, 2008). Os pais demonstram também o pessimismo em relação ao futuro de suas crianças, especialmente no que diz respeito a problemas que podem aparecer quando forem adultas (HENN, PICCININI e GARCIAS, 2008). Nesta medida, tanto o diagnóstico quanto o nascimento de uma criança com síndrome de Down, exigirá um processo de adaptação muito grande por parte dos pais devido as limitações e atrasos que atingem a criança que necessita de mais tempo para desenvolver as habilidades humanas (HENN, PICCININI e GARCIAS, 2008).

Objetivos: Compreender os sentimentos da gestante/puérpera diante de um bebê com diagnóstico de Síndrome de Down.

Relevância do Estudo: Considerando que a gravidez é um momento importante para quase todas as mulheres, quando ela se depara com um bebê portador de malformação, pode-se gerar muitos sentimentos em relação a criança fazendo com que essa gravidez termine bem ou não. Este aspecto nos motivou a pesquisar o sentimento da gestante.

Materiais e métodos: A metodologia utilizada neste trabalho foi uma revisão bibliográfica narrativa, visando à busca de artigos que contemplassem o sentimento da gestante/puérpera diante da Síndrome de Down.

Resultados e discussões: Uma gestante que recebe o diagnóstico da síndrome de Down pode desencadear muitos sentimentos negativos, podendo ser comparado com o do luto pois todo o seu ideal de uma criança perfeita foi perdido naquele momento (SOUSA e CUNHA, 2009). De acordo com Henn, Piccinini e Garcias (2008), muitas gestantes

desencadeiam um sentimento diferente do outro podendo ser o medo, choque, tristeza, negação, algumas ficando na esperança de um diagnóstico errado. No estudo de Cunha, Blascovi-Assis e Fiamenghi Jr. (2010), os sentimentos comuns vivenciados pelos pais foram desorientação, choque, perda de uma situação idealizada e ansiedade pelo futuro, principalmente pela desinformação quanto ao quadro clínico da criança. Assim, após o recebimento da notícia e do diagnóstico, é necessário que os pais tenham oportunidades para esclarecimento de suas dúvidas e recebam explicações referentes à condição do seu filho, aliadas ao apoio psicológico, para superar os sentimentos negativos que estão presentes e que podem dificultar as relações posteriores dos pais com a criança (CUNHA, BLASCOVI-ASSIS e FIAMENGHI JR, 2010). O momento da notícia é muito importante para a gestante, pois, muitas vezes os profissionais que lidam com a situação não tem o preparo adequado para amparar os pais naquele momento tão difícil, chegando até a dificultar o processo de aceitação, pois muitos ficam tão perplexos com o fato que acabam contribuindo para as angustias da gestante/pais (FERREIRA, 2014). Diante disso, é importante que os pais possam buscar informações nas instituições especializadas, organizando-se em grupos, para encontrar os melhores caminhos e informações atualizadas sobre a síndrome de Down, além do apoio e orientação necessárias para o pleno desenvolvimento do seu filho (CUNHA, BLASCOVI-ASSIS e FIAMENGHI JR, 2010).

Conclusão: Analisando as referências ficou evidente que a notícia do diagnóstico da síndrome de Down é acompanhada de grande sofrimento e sentimentos negativos por parte dos pais, que devido à falta de informação muitas vezes é encarado como um processo de luto pela mãe. É de extrema importância a forma de como o profissional dará a notícia a gestante, pois pode influenciar no sentimento da gestante em relação ao diagnóstico, podendo ser afirmado que é muito importante então que os pais recebam o apoio necessário no momento da notícia e no decorrer da gestação e se necessário após o nascimento também, recebendo todas as informações importantes para conhecer e aprender a lidar com a síndrome de Down. Sendo assim, os pais estando bem informados e orientados em relação à síndrome a aceitação do diagnóstico pode ser mais rápida proporcionando então uma melhor qualidade de vida para os próprios pais e para a criança que está sendo gerada.

Referências:

CUNHA, A. M. F. V.; BLASCOVI-ASSIS, S. M.; FIAMENGHI JR, G. A. **Impacto da notícia da síndrome de Down para os pais: histórias de vida.** Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 444-451, 2010.

FERREIRA, F. S. **O impacto psicológico nas mães pelo nascimento de uma criança com síndrome de Down.** Psicologia. pt o portal dos psicólogos, 2014.

HENN, C. G.; PICCININI, C. A.; GARCIAS, G. L. **A família no contexto da Síndrome de Down: revisando a literatura.** Psicologia em estudo, Maringá, v. 13, n. 3, p. 485-493, 2008.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

NASCIMENTO, M. L. C. **Síndrome de Down.** 2006.

SOUSA, J. I. G.; RIBEIRO, G. T. F.; CUNHA, A. P. **Síndrome de down: sentimentos vivenciados pelos pais frente ao diagnóstico.** Pediatria, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 100-108, 2009.

FATORES DE RISCOS DESENCADEANTES DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM) E DIAGNÓSTICOS PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Letícia de Paula Bernardino Nascimento¹; Adriana Aparecida Baraldi Gaion²

¹ Aluna do Curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
leticianascimento32@hotmail.com

² Faculdades Integradas de Bauru – FIB adrianabgaion@bol.com.br.

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: infarto, miocárdio, enfermagem, cuidado, prevenção.

Introdução: Entre muitas mudanças conceituais, culturais e científicas da sociedade atual, profissionais da enfermagem cada vez mais atentam para a necessidade de uma assistência à saúde. As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte em mulheres e homens no Brasil. São responsáveis por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos. Os infartos agudos do miocárdio (IAM), contribuiu com 27,4% da mortalidade (VILA, ROSSI E COSTA, 2008).

Objetivos: Destacar os principais fatores causadores do infarto agudo miocárdio (IAM): Fatores Modificáveis e Fatores Não - Modificáveis- Citar os diagnósticos de enfermagem para implicações da assistência de enfermagem para os fatores desencadeantes do IAM.

Relevância do Estudo Silva e Marques (2007), diz que dessa forma, o processo de cuidar de enfermagem é dinâmico e deve considerar a pessoa cuidada como elemento ativo do processo e responsável por ser cuidado. Em um ensaio reflexo no sentido existencial da vivência do adoecer, nas dimensões físicas ou mentais, valorizando as práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.

As causas cardiovasculares em especificação os infartos agudos do miocárdio (IAM), contribuiu com 27,4% da mortalidade. Sabe-se que mais de 50% das mortes por IAM ocorrem subitamente, antes da chegada do indivíduo ao hospital e o diagnóstico precoce salva vidas (LEMOS, 2008).

Materiais e métodos: Este trabalho trata de um estudo descritivo e qualitativo. Os critérios de inclusão foram artigos científicos ou textos obtidos na íntegra, em português, no período de 2000 a 2013.

Resultados e discussões: Os profissionais de enfermeiros devem trabalhar com um leque de informações, orientações, grupos de apoio, totalizando uma equipe multidisciplinar, promovendo uma abordagem na sua comunidade na qualidade de estratégias de promoção de saúde e de prevenção do desenvolvimento das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2014).

E partindo deste princípio a proposta do Ministério da Saúde, é que os profissionais de saúde, conheçam e apliquem as ferramentas/protocolos para o controle de cada situação (BRASIL, 2014).

O estresse mental é um o causador de doenças cardiovasculares de forma crônica e aguda. As próprias alterações fisiológicas induzidas pelo mesmo, principalmente na hemostase e metabolismo intermediário, apresentam esta característica. Somam-se ainda a hiperatividade simpática e a inibição vagal que o estresse desencadeia, causando um desequilíbrio na atuação do sistema nervoso autônomo, ocasionando eventos isquêmicos e arrítmicos, mais importantes na presença de disfunção endotelial (COLOMBO E AGUILLA, 1997).

Conclusão: É importante reafirmar que o êxito do tratamento do IAM não depende exclusivamente da ação imediata e correta do indivíduo, mas também da disponibilidade de um sistema de atendimento público de saúde com recursos materiais, equipamentos e profissionais capacitados para seu atendimento. Os profissionais que prestam atendimento à saúde têm a responsabilidade de orientar os fatores modificáveis e não modificáveis e criar estratégias para organizar a informação, a educação e o treinamento do público, como também de capacitar-se para atuar com competência técnica científica. É visível que apenas quebrando essas barreiras do conhecimento que o índice de mortalidade de IAM diminuirá e a comunidade em geral optará conscientemente por uma vida mais saudável e equilibrada.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014.

COLOMBO, R. C. R; AGUILLA, O. M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio De infarto agudo do miocárdio. Rev. latino-am. Enfermagem. Ribeirão Preto - v. 5 - n. 2 - p. 69-82 - abril 1997.<

LEMONS, C; GOTTSCHALL, C.A.M; PELLANDA, L. C; MULLER, M.; Associação entre Depressão, Ansiedade e Qualidade de Vida Após Infarto do Miocárdio. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Out-Dez. Vol. 24 n. 4, pp. 471-476, 2008.

SILVA, R. C. L; MARQUES, M.; Mulheres com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, implicações para a prática do cuidar em enfermagem nas unidades coronarianas. Rev. Meio Amb. Saúde. 2(1): 195-242, 2007.

VILA, V. S. C; ROSSI, L .A; COSTA, M.C.S.; Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. Rev Saúde Pública; 42(4):750-6,2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000400023&script=sci_arttext> Acesso em 7 de Julho 2015.

GESTÇÃO DE ALTO RISCO: REVISÃO

Simone Domingos da Silva¹; Vanessa Aparecida Ferreira²;

¹Aluna de enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB simonedomingosdasilva@gmail.com;

²Professora do curso de enfermagem - Faculdades Integradas de Bauru - FIB
vanaclara7@gmail.com;

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: Gravidez, Gravidez de Alto Risco, Hipertensão, Trabalho de Parto Prematuro, Obesidade.

Introdução: Pode-se conceituar gravidez de alto risco “aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” Devido a alguns fatores de risco, como características individuais ou por sofrerem algum agravo, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe (CALDEYRO-BARCIA, 1973 *in* BRASIL 2012, p.11).

Objetivos: identificar na produção bibliográfica artigos acerca das gestações de alto risco e, as contribuições dos artigos estudados para as práticas na atenção à saúde das gestantes de alto risco.

Relevância do Estudo: A gestação de alto risco pode ser uma ocorrência exclusiva da gestação ou, por uma condição existente da mulher, e contribuem para uma assistência de enfermagem mais qualificada e a redução dos índices de mortes maternas e fetais causadas pelos diagnósticos obstétricos comuns à gestação de risco (LUCIANO, SILVA e CECCHETTO; 2011). Algumas mulheres possuem algumas características ou condições sócias demográficas adversas que indicam alguma vulnerabilidade, portanto, os indicadores de saúde materna são considerados muito sensíveis às desigualdades sociais devidos às condições diferentes, relacionada com as diversas classes sociais, gênero, raça e etnia (XAVIER *et al*, 2013).

Materiais e métodos: Trata-se de uma revisão bibliográfica, descritiva. A coleta de dados se deu no mês de julho a setembro de 2015, no período de 2011 a 2015. Uma análise totalmente brasileira, publicada em português, indexada na SCIELO.

Resultados e discussões: Pimenta *et al* (2012), em estudo realizado em uma maternidade de Belo Horizonte ao analisar a idade materna, observou que 19% das gestantes eram adolescentes e, que 8,8% tinham 35 anos de idade ou mais. Paiva *et al* (2012), evidenciou que gestantes nulíparas, tiveram estado nutricional classificado como baixo peso e adequado, e gestantes com maior frequência de cesárea anterior, com obesidade. Em estudo abrangendo 164 gestantes numa enfermaria de Gestação de Alto Risco, o exame de urocultura, foi positivo em 32 participantes (19,5%) e apenas sete (21,9%) eram sintomáticas. O agente etiológico *Escherichia coli*, foi responsável por 28% das infecções, seguido de *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus coagulase negativa* e *Streptococcus beta hemolítico*, com 18,7, 18,7 e 15,6%, respectivamente (GUERRA *et al*, 2012). Nascimento *et al* (2012), em estudo numa maternidade de referência para atendimento de gestantes de alto risco, na Baixada Fluminense, Estado do Rio de Janeiro, avaliou 48 casos

de gestações que evoluíram com sífilis materna e óbito fetal, representando 11,7% do total dos óbitos fetais.

Conclusão: A prevenção à saúde materna e perinatal está relacionada a uma assistência pré-natal qualificada, que requer diagnóstico precoce e intervenções em tempo hábil. Consequentemente se faz necessário uma rede integrada entre a atenção básica e os serviços de maior complexidade para tomada de decisões.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

GUERRA, G. V. Q. L. *et al.* Exame simples de urina no diagnóstico de infecção urinária em gestantes de alto risco. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, p. 488-493, nov. 2012.

LUCIANO, M. P.; SILVA, E. F.; CECCHETTO F. H. Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes. **J. Nurs UFPE.**, v. 5 n. 5, p. 1261-1266. Jul. 2011.

NASCIMENTO, M. I. *et al.* Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 56-62, fev. 2012.

PAIVA, L. V. *et al.* Obesidade materna em gestações de alto risco e complicações infecciosas no puerpério. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 4, p. 453-458, ago. 2012.

PIMENTA, A. M. *et al.* Programa "Casa das Gestantes": perfil das usuárias e resultados da assistência à saúde materna e perinatal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 912-920, dez. 2012.

XAVIER, R. B. *et al.* Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, Abr. 2013.

MÉTODOS DE PREVENÇÃO DE PNEUMONIA POR ASPIRAÇÃO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS POR MEIO DE DESCONTAMINAÇÃO DA CAVIDADE BUCAL

Edilaine Lucio Rodrigues Torrecilha¹; Adriana C. P. Sant'Ana²; Ana Paula Delgallo Merli³

¹Aluna de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – edilaine@fob.usp.br;

²Docente do Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Bauru/USP;

³Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru.

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: Pneumonia associada à ventilação mecânica; cuidados orais; higiene bucal.

Introdução: A infecção hospitalar é uma das complicações existentes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), e com altas taxas de mortalidade. A pneumonia representa uma faixa de 15% de todas as infecções hospitalares, totalizando entre 24 e 27% de todas as infecções adquiridas na UTI, sendo a ventilação mecânica e microaspiração as principais causas (ABIDIA, 2007). A condição bucal de pacientes em UTI é deficiente principalmente aquele que têm permanência prolongada. Os cuidados com a higiene oral é muito importante e já descrito na literatura, mas isso geralmente é negligenciado, pois a responsabilidade fica a cargo dos enfermeiros e sua equipe, com pouco conhecimento em higiene bucal ou protocolos (ARAUJO *et al.*, 2009). O desconhecimento das técnicas a serem aplicadas para uma boa higienização oral pelas equipes de enfermagem na UTI nos leva a pensar que pode existir um distanciamento entre as equipes de enfermagem e odontologia. O uso de soluções bucais para descontaminação da cavidade bucal já vem sendo aplicada, estudos relatam os benefícios do uso da clorexidina a 0,12%, possui uma ação contra bactérias gram-positivas e gram-negativas, agindo de forma a garantir que não haja aderência microbiana do biofilme dental (ÖZÇAKA *et al.*, 2012)

Objetivos: Analisar, por meio de revisão sistemática da literatura, quais procedimentos de higiene bucal apresentam a melhor efetividade na redução da pneumonia por aspiração em pacientes internados em UTI e ventilados mecanicamente por no mínimo 48 horas, permitindo reduzir o risco de desenvolvimento de PAVM e melhorando a qualidade de vida dos pacientes internado, possibilitando melhor e mais rápida recuperação.

Relevância do Estudo: A questão central a ser respondida é: “A descontaminação da cavidade bucal é efetiva para redução da incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados em UTI por pelo menos 48 horas comparativamente a pacientes ventilados não submetidos à descontaminação da cavidade bucal?”

Materiais e métodos: Realizada revisão sistemática da literatura respondendo às questões baseadas no PICO, onde P- pacientes internados em unidade de terapia intensiva por pelo menos 48 horas, ventilados mecanicamente; I- protocolo de descontaminação da cavidade bucal; C- pacientes internados em UTI por pelo menos 48 horas, ventilados mecanicamente, não submetidos a protocolo de descontaminação da cavidade bucal; O- desenvolvimento de PAVM.

Resultados e discussões: Essa revisão sistemática investigou quais procedimentos realizados para descontaminação da cavidade bucal são efetivos para a prevenção da PAVM em pacientes internados em UTI recebendo ventilação mecânica por pelo menos 48 horas. Os resultados obtidos demonstraram a partir dos estudos intervencionais pré- e pós-intervenção que, independentemente das soluções empregadas para descontaminação da cavidade bucal, os cuidados orais são efetivos para a redução da taxa de PAVM, do número

de dias de hospitalização, de internação em UTI e de mortalidade, o que podem proporcionar redução significativa dos custos com as internações hospitalares e tratamento dos pacientes (SONA *et al.*, 2009). A prática de técnicas assépticas apropriadas deve ser empregada para melhorar o controle da infecção, utilizando-se o máximo de precauções de barreira, com acompanhamento da educação continuada (ANVISA, 2008). A microbiota da orofaringe é importante fonte de infecções, especialmente entre pessoas cujas defesas das vias aéreas estão prejudicadas por deformações anatômicas, idade e debilidade imunológica, uso de álcool, drogas, tabaco, má higienização bucal etc. Outros fatores são relevantes no desenvolvimento de PAVM, podemos citar a não elevação da cabeceira do paciente a 30° (WAKIUCHI, 2014). O ambiente hospitalar apresenta grande potencial para o aparecimento de infecções, sendo que na UTI esse risco aumenta de 10 a 20 vezes, devido às condições clínicas e variedades de procedimentos invasivos realizados (KLUCZYNIK *et al.*, 2014). O uso de soluções bucais para descontaminação bucal já vem sendo aplicada. Diversos estudos relatam os benefícios do uso da clorexidina a 0,12%, a qual possui uma ação contra bactérias Gram-positivas e Gram-negativas (ÖZÇAKA *et al.*, 2012).

Conclusão: A aplicação de protocolos e rotinas nas UTI pode reduzir a incidência e/ou risco da pneumonia hospitalar para a prevenção da PAVM, aumentando a qualidade da assistência e diminuindo a permanência do cliente na unidade. Para a higiene Oral, recomenda-se fazer uso de solução de gluconato de clorexidina a 0,12%, que tem grande ação bactericida contra organismos gram-positivos e gram-negativos e é recomendada a higienização rigorosa das mãos antes e após qualquer procedimento. Nenhum estudo comparou diretamente diferentes agentes antibacterianos e antissépticos, o que impede a determinação do melhor agente para descontaminação da cavidade bucal e prevenção da PAVM em pacientes ventilados por mais de 48 horas.

Referências:

- ABIDIA R. F. **Oral care in the intensive care unit: a review.** J Contemp Dent Pract. 2007; 8: 76-82.
- ANVISA - **AGENCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**, 2008.
- ARAUJO, R. J. G, *et al.* **Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipe de enfermagem em unidade de tratamento intensivo.** Rev Bras Ter Intensiva. 2009; 21(1):38-44.
- KLUCZYNIK VIEIRA, C. E. N. *et al.* **Acciones de enfermería para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica: revisión sistemática.** Enferm. glob., Murcia, v. 13, n. 35, jul.
- ÖZÇAKA, Ö., BASOGLU, ÖK., BUDUNELI, N., TABASKAN, M.S., BACAKOGLU, F., KINANE, D.F. **Chlorexidine decreases the risk of ventilator-associated pneumonia in intensive care unit patients: a randomized clinical trial.** J Periodontal Res 2012; 47: 584-592.
- SONA, CARRIE, S. *et al.* **The impact of a simple, low-cost oral care protocol on ventilator-associated pneumonia rates in a surgical intensive care unit.** Journal of intensive care medicine, v. 24, n. 1, p. 54-62, 2009.
- WAKIUCHI, J.; FONTES, M. C. F.; PAPA, M. A. F. **Oral hygiene in patients under mechanical ventilation: an integrative review.** Journal of Nursing UFPE on line [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007], v. 8, n. 7, p. 2479-2486, 2014.

DOENÇA DE CROHN – ESTUDO DE CASO

Nicolli Chiuso Bartolomeu¹ ; José Cláudio Simão²

¹Aluna de Enfermagem - Faculdades Integradas de Bauru – FIB - nicolli_chiuso@hotmail.com;

²Professor do curso de Enfermagem - Faculdades Integradas de Bauru – FIB- enfjcsimao@gmail.com;

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: Doença de Crohn, Bacharelado em Enfermagem, Inflamação, Trato Gastrointestinal, Pesquisa Qualitativa.

Introdução: As Doenças Inflamatórias Intestinais podem ser divididas em dois grupos principais, a Retocolite Ulcerativa (RCU) e a Doença de Crohn (DC) (CURI e PROCOPIO, 2009). Qualquer um pode desenvolver essa doença, não importando o sexo, a raça, ou a idade. Há uma tendência em filhos e outros parentes de portadores da doença de desenvolvê-la também. Isso pode ocorrer por fatores genéticos (STEINWURZ, 2009). A DII pode ser controlada através de terapia nutricional, medicação, cirurgia ou uma combinação destes tratamentos. Atualmente sabe-se que DC afeta predominantemente a parte inferior do intestino delgado (íleo) e intestino grosso (cólon), mas pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, sendo uma doença crônica caracterizada por alterações funcionais e/ou imunológicas, que inicia-se mais frequentemente na segunda e terceira décadas de vida, mas pode afetar qualquer faixa etária (SARLO, BARRETO e DOMINGUES, 2008). Segundo STEINWURZ (2009), a Doença de Crohn não tem sua etiologia específica conhecida, apesar de muitos avanços. As principais características clínicas incluem febre, dor abdominal difusa do tipo cólica, diarreia e fadiga generalizada, além de ocorrer também perda de peso (SARLO, BARRETO e DOMINGUES, 2008).

Objetivos: Compreender o significado e o impacto da doença de Crohn na vida de seu portador, identificando os sinais e sintomas da doença a fim de desenvolver atividades assistenciais de enfermagem que venha a contemplar as necessidades biopsicossociais afetadas no indivíduo.

Relevância do Estudo: O presente mostra a importância da equipe de saúde no dia-a-dia dos portadores desta patologia, por meio de sinais e sintomas, diagnóstico precoce e o impacto sobre a mudança de vida destes indivíduos.

Materiais e métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo, exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, utilizando o método estudo de caso segundo o referencial teórico Robert Yin, realizado por meio de revisão de prontuário da paciente M.T.C. a fim de levantar informações sobre alterações psicossociais que possam ter surgido em decorrência desta patologia (YIN, 2010).

Resultados e discussões: Observa-se que após o sujeito ter conhecimento da doença, este faz adequações em sua vida diária, a fim de aperfeiçoar o tratamento de forma contínua conhecendo seus efeitos colaterais e interações medicamentosas. Outro fator a ser considerado diz respeito ao conhecimento da doença, fazendo que o portador aprenda a lidar com incômodos físicos e sociais que venha a surgir, sendo importante em alguns casos procurar de ajuda psicológica para compreensão deste fenômeno e equilíbrio psíquico diante de episódios agudos (STEINWURZ, 2009). A união familiar em torno do paciente é de suma importância no intuito de subsidiar o tratamento clínico, medicamento e cirúrgico se necessário em alguns casos, lembrando também que em algumas situações se faz necessário trabalhar por meio de profissional especializado questões psíquicas, clínicas e de terapêutica medicamentosa com este grupo a fim de que possam contribuir para melhor adaptação do indivíduo acometido em cada momento da doença.

A compreensão indivíduo de maneira a contemplar suas necessidades biopsicossociais se faz necessária por estes profissionais e contribui para o sucesso das medidas adotadas. Dentre este grupo profissional, se destaca o enfermeiro que se utiliza do processo de enfermagem para desempenhar as atividades assistenciais diárias de forma a atender as necessidades afetadas, além de ter a necessidade de desenvolver o autoconhecimento e do outro, para assim compreender o fenômeno presente de forma humanística.

Conclusão: A adesão ao tratamento clínico, medicamentoso e no pós-operatório tem a Enfermagem como protagonista de suma importância, a fim de que por meio de um processo de educação em saúde e sistematização do cuidado fosse possível levar ao conhecimento da pessoa assistida e seus familiares informações básicas sobre os cuidados necessários com a saúde a partir do diagnóstico e durante toda a vida.

Referências:

ARAUJO, S. E. A.; BERNARDO, W. M. **Atualização em doença de Crohn**. Rev. Assoc. Med. Bras, v. 57, n. 2, São Paulo, Mar./Apr. 2011.

CURI, R. PROCOPIO, J. Fisiologia Básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SARLO, R. S.; BARRETO, C. R. DOMINGUES, T. A. M. **Compreendendo a vivência do paciente portador de doença de Crohn**. *Acta paul. enferm.* [online]. v. 21, n. 4, pp. 629-635, 2008.

SELLA, G. V.; WATANABE, H. K.; SILVA, D. W.; et al., **Doença de Crohn com acometimento exclusivo gástrico, uma forma rara de manifestação: relato de caso**. Arapongas, 2013.

STEINWURZ, F. **Doença de Crohn na prática médica**. Rio de Janeiro, 2009.

YIN, R. K. **Estudo de caso**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

A IMPORTÂNCIA DA DETECÇÃO DO STREPTOCOCCO BETA HEMOLÍTICO EM GESTANTES

Ana Carolina Jose Teixeira¹; Vanessa Aparecida Ferreira²

¹Aluno de Enfermagem - Faculdades Integradas de Bauru- FIB – aninhacjt@gmail.com

²Professora do curso de Enfermagem - Faculdades Integradas de Bauru – FIB –vanaclara7gmail.com

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: gestação, Streptococcus agalactiae, exames no pré-natal, infecção urinária.

Introdução: Segundo a Resolução Normativa RN Nº 368 de 2015, o Ministério da Saúde, em conjunto com a Agência Nacional de Saúde (ANS), foram divulgadas uma série de resoluções que visam estimular a realização de partos normais e diminuir o número de cesarianas desnecessárias que ocorrem em nosso país. Ampliando as resoluções, destacando o necessário cuidado na detecção do Streptococos Beta Hemolítico (EBG), que se apresenta como um importante agente causador de problemas tanto para o feto quanto para gestante, sendo uma das vias de transmissão da bactéria o canal do parto (MARTINELLI et al., 2014). O método de rastreamento da bactéria consiste na coleta da cultura da secreção vaginal e ano-retal, colhidas entre a 35ª e a 37ª semana de gestação ou a critério do médico (CALDEIRA E VIEIRA, 2014).

Objetivos: Descrever a importância da realização do exame de cultura vaginal e anorretal em gestantes, durante o pré-natal, devido às complicações que podem acarretar no recém-nascido e na gestante.

Relevância do Estudo: Com a detecção precoce do EBG, durante o pré-natal, ocorreria uma diminuição da contaminação do recém nascido pela bactéria, além de diminuir o uso desnecessário da antibiótico profilaxia durante o trabalho de parto.

Materiais e métodos: A revisão bibliográfica foi realizada através de literatura científica publicada, concentrando-se nos trabalhos publicados sobre o estreptococos beta hemolítico, nos últimos 11 anos. O mapeamento da literatura foi realizado prioritariamente através de consulta pela Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Scientific Eletronic Library (SCIELO pública), Medline, site oficial do Ministério da Saúde e Revista de Enfermagem Obstétrica. O critério de inclusão foi com artigos publicados nos últimos 11 anos, portanto um dado percurso de tempo, que compreendessem o objetivo do trabalho. Os critérios de exclusão foram artigos publicados fora do período descrito e que não compreendessem o objetivo do trabalho.

Resultados e discussões: Conforme relatado por Coutinho et al., (2011) e Caldeira e Vieira (2014), em meados de 1996, foi elaborado pelo CDC as primeiras alternativas para prevenção da contaminação da bactéria pelo feto, através do rastreamento por meio de culturas vagino-retal tardia, entre 35ª a 37ª semanas gestacionais, ou por avaliação baseada em fatores de risco, sendo essas diretrizes revisadas em 2002. Borge, Oliveira e Castro, (2005) e Caldeira e Vieira (2014) descrevem que de acordo com o CDC, as situações em que são recomendadas o uso da quimioprofilaxia são: em todas as gestantes colonizadas pelo EBG entre 35ª a 37ª semanas gestacionais e as gestantes que não foram submetidas ao exame e que apresentam algum fator de risco para a contaminação do feto.

Bittar, Carvalho e Zugaib (2005) e Coutinho et al., (2011) comentam que, de acordo com CDC, a quimioprofilaxia deve ser realizada durante o trabalho de parto, quando se

administrar penicilina G 5 milhões de unidades, como dose de ataque e ampicilina 2,5 milhões de unidades a cada 4 horas até o parto por via endovenosa, pois por via oral não é adequada para profilaxia da infecção neonatal precoce.

Costa (2013) e Caldeira e Vieira (2014) relatam que outra alternativa recomendada é a anti-sepsia do canal do parto com gluconato de clorexidine aquoso, pois este é um anti-séptico muito utilizado no meio hospitalar e apresenta uma ação eficaz contra microrganismos gram positivos, sendo utilizado na concentração de 0,2%.

Conclusão: A prevenção depende muito da conduta do médico obstetra, sendo muito importante que o mesmo realize o pedido do exame de cultura vagino-retal para as pacientes entre a 35^a a 37^a semana de gestação; possibilitando com essa metodologia o rastreamento da bactéria, o uso correto da quimioprofilaxia e evitando futuramente uma possível resistência ao antibiótico utilizado na profilaxia.

Referências:

BITTAR, R. E.; CARVALHO, M. H. B.; ZUGAIB, M. Condutas para o trabalho de parto prematuro. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v.9, p. 561-566, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0100-72032005000900010&script=sci_arttext>. Acesso em 14 ago. 2015.

BORGE, I. L.; OLIVEIRA, R. E. C.; CASTRO, A. C. D.; MONDINO, S. S. B. Streptococcus agalactiae em gestantes: prevalência de colonização e avaliação da suscetibilidade aos antimicrobianos. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v.10, p. 575-579, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n10/27570.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

CALDEIRA, J. N.; VIEIRA, F. O. **A Importância da detecção de Streptococcus agalactiae (β-hemolítico do grupo B) em mulheres gestantes.** Disponível em: <<http://www3.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/aic/article/view/486>> Acesso em: 12 out. 2014.

COSTA, H. P. F. **Doença perinatal pelo estreptococo do grupo B.** Recomend – Atualz Cond Ped – Soc Ped SP, São Paulo, nº 63, Jan., 2013.

COUTINHO, T.; COUTINHO, C. M.; ZIMMERMMANN, J. B.; MARCATO, R. M.; COUTINHO, L. M. **Prevenção da doença perinatal pelo estreptococo do grupo B: atualização baseada em algoritmos.** Lilacs, v. 39 n. 6, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n6/a2684.pdf>> Acesso em: 11 nov. 2014.

MARTINELLI, K. G.; NETO, E. T. S.; GAMA, S. G. N.; OLIVEIRA, A. E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Espírito Santo v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

O PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) E A CARCINOGENESE NO COLO DO ÚTERO EM MULHERES QUE AINDA NÃO ATINGIRAM A MAIORIDADE

Luciana Bardeli Lapa¹; José Cláudio Simão²;

¹Aluna de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – lubardeli@outlook.com;

²Professor do Curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB -
enfjcsimao@gmail.com.

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: adolescente, prevenção, papilomavírus

Introdução: A proliferação do Papilomavírus (HPV) em adolescentes já na idade fértil fez com que autoridades públicas despertassem para a necessidade do controle dessa doença. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer do colo do útero, que na maioria das vezes é provocado pelo vírus do HPV, é a quarta em número de óbitos na população feminina e a terceira mais frequente nesta mesma população.

Objetivos: Demonstrar as políticas públicas e prevenção a essa patologia.

Relevância do Estudo: Conhecer melhor o HPV e o Câncer no colo do útero para administrar uma política de prevenção junto a população através de campanhas preconizadas pelo Ministério da Saúde, principalmente a vacinal.

Materiais e métodos: Revisão de literatura sobre o assunto e suas repercussões clínicas e sociais, a fim de compreender as formas de transmissão e prevenção da doença.

Resultados e discussões: O HPV é uma doença sexualmente transmissível dividida em duas formas clínicas, benigna e maligna. Diferente de outras viroses, o HPV não se transmite pelo sangue, mas sim pelo contato pele a pele que ocorre principalmente na relação sexual (FOCACCIA, 2009). Mas segundo Beçak (2002), o vírus do Papiloma também é transmitido pela via sanguínea, além disso acrescenta que toda mulher que tem câncer no colo de útero, tem HPV. O Ministério da Saúde (MS), diz que o HPV é o principal responsável pelo desenvolvimento do câncer do colo do útero e que a cada ano quinze mil novos casos acontecem (BRASIL, 2006). A maior incidência dessa doença é em mulheres, jovens e sexualmente ativas (BRUNNER & SUDDART, 2005). A melhor forma de prevenção, depois do preservativo, é a vacina, que possui como alvo principal os tipos mais comuns de HPV e que fazem com que as lesões pré cancerígenas regredam, chegando a determinar em até 100% a proteção contra a infecção causadas por tipos específicos de HPV (ROBERTO, 2006). A vacina é dividida em três doses e segundo o secretário de vigilância em saúde, Jarbas Barbosa, a meta é vacinar 80% do público alvo.

Conclusão: O HPV esta em ascensão no Brasil e normalmente o público alvo de campanhas de prevenção, que são jovens, não a fazem. Muitas vezes devido a demora por cuidados médicos, a adolescente quando descobre estar infectada recebe a notícia de que a doença esta evoluída, muitas vezes progredindo para o câncer no colo do útero, que precisa de um tratamento mais agressivo e que talvez deixe sequelas para toda vida da mulher. Pensando nisso o Ministério da Saúde possui campanhas para a prevenção da doença e a principal delas é a de vacinação que imuniza garotas a partir dos nove anos de idade, ou seja antes que comecem a vida sexual.

Referências:

BEÇAK, W. Vírus do Papiloma também é transmitido pelo sangue. São Paulo, out. 2002. Disponível em: <http://www.usp.br/aun/exibir.php?id=461>. Acesso em 12 set 2015.

BRASIL: Secretaria de projetos especiais de saúde, coordenação de doenças sexualmente transmissíveis. Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis: DST. 4. ed. Brasília: 2006.

BRUNNER & SUDDART. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1174–1176, 2005.

FOCACCIA, R. Tratado de infectologia. 4. ed. São Paulo: Editora Atheneu, p. 681-690, 2009.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. HPV e Câncer: perguntas frequentes. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2687>. Acesso em: 23 mar. 2015.

ROBERTO, Sidney et al, Revista Brasileira de colo proctologia. 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgiin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=439172&indexSearch=ID>. Acesso em 15 Ago. 2015.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E OS MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ÓTICA DO USUÁRIO DE SAÚDE

Gislaine Cristina Aparecido Benedito¹; Amanda Vitória Zorzi Segalla²

¹Aluna do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

²Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

Grupo de Trabalho: Enfermagem

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Papel do Profissional de Enfermagem

Introdução: Por algumas décadas o Sistema Público de Saúde vem lutando por um movimento denominado Reforma Sanitária que através da Constituição Federal se conquistaram algumas leis muito importantes para os brasileiros. A Lei n. 8080/90, Lei Orgânica da Saúde que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), reafirmando o direito universal e fundamental do ser humano à saúde e a Lei 8.142/90 que regulamenta a participação da comunidade na gerencia do SUS (SILVA, CASOTTI e CHAVES, 2013; ROSA e LABATE, 2005; BRASIL, 2000). Após a criação do SUS, o Ministério da Saúde passa a orientar o modelo assistencial em 1994, criando o Programa Saúde da Família, buscando superar as desigualdades nos acessos aos serviços, visando atender de forma humanizada o indivíduo e a família de forma integral com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, que a partir de 2006, através da Portaria n. 248, a nomenclatura passa a ser Estratégia Saúde da Família (ESF), devido ao termo que apontava como um trabalho com começo e prazo par terminar. Sendo que o PSF é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde, que reestrutura o modelo de atenção e não prevê um prazo para sua finalização (BRASIL, 2000; ROSA e LABATE, 2005; ABRUNHOSA, 2011). Assim surgiram alguns questionamentos a respeito da conscientização da população a respeito da ESF e qual seu papel na comunidade.

Objetivos: Descrever a visão dos usuários de saúde sobre os modelos de Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família e descrever as atribuições do Enfermeiro na Assistência em Saúde na Estratégia Saúde da Família.

Relevância do Estudo: O presente estudo torna-se relevante por conta de fornecimento de informações básicas sobre a ESF para a população e para a área da saúde, uma oportunidade de aprofundar o conhecimento no Sistema Único de Saúde.

Materiais e Métodos: A revisão bibliográfica foi através da literatura científica concentrando-se nos trabalhos publicados sobre a articulação entre a Atenção Primária da Saúde, Estratégia Saúde da Família e Papel do Profissional de Enfermagem dos últimos 10 anos. O mapeamento da literatura foi realizado através das bases de dados científicas da Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde Enfermagem (BVS), Centro Latino – Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Lilacs). A estratégia de busca foi o cruzamento dos descritores, Estratégia Saúde da Família, Papel do Profissional da Saúde, Atenção Primária da Saúde. Os critérios de inclusão foram: a) artigos publicados na língua portuguesa cuja integração com os descritores e o objetivo do presente trabalho fosse atendidos e b) artigos publicados de janeiro de 2005 a dezembro de 2015. Os critérios de exclusão foram: a) monografias, teses, dissertações; também foram eliminados

documentos encontrados na busca que não tinham relevância na discussão entre a Estratégia Saúde da Família, Papel do Profissional da Saúde, Atenção Primária de Saúde.

Resultados e Discussão: A Estratégia Saúde da Família é hoje um dos novos modelos de Atenção Primária da Saúde que dentre as principais ações é o auto cuidado dos usuários através das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, de acordo com a Lei do exercício profissional que estabelece ao enfermeiro, realizar educação em saúde, promovendo melhora nas atitudes e condutas do usuário, podendo ser realizada dentro da família, nas escolas, no trabalho ou qualquer espaço comunitário. Esse trabalho é deparado com limitações pela falta de Sistematização da prática educativa e desconhecimento das tendências pedagógicas fundamentadas, o que dificulta as ações junto a população na rotina dos trabalhos da ESF (ROECKER, NUNES e MARCON, 2013). Nos estudos de Nascimento, Santos e Carnut (2011), confirmam que existam algumas falhas estruturais que impedem a aproximação dos usuários para as USF, fazendo com que estes migrem para os serviços de urgência em busca de atendimento de atenção básica sendo necessário capacitar a equipe sobre a política da ESF para que a população tenha mais vínculo através da informação e conscientização do programa.

Conclusão: Mesmo com um novo modelo de Atenção Primária à Saúde, ainda existe algumas barreiras a serem transpostas no modelo de assistência à saúde através do SUS, e a Estratégia Saúde da Família, veio como um modelo renovador para que tanto o indivíduo quanto a família seja atendida de forma humanizada, integralmente através das equipes multiprofissionais.

Referencias:

ABRUNHOSA, M. A. **A Informação e a Comunicação no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, 2000.

NASCIMENTO, A. P. S.; SANTOS, L. F.; CARNUT, L. Atenção primária à saúde da família no Sistema Único de Saúde: Introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. **J. Manag. Prim. Healt Care**, vol.2, n. 1, ag. 2011.

ROECKER, S.; NUNES, E. F. A. MARCON, S. S. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n. 1, jan./mar. 2013.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um modelo de assistência. **Revista Latino – Am. Enfermagem**, Nov./Dez. 2005.

SILVA, L. A. ; CASOTTI, C. A. ; CHAVES, S. C. L. A Produção Científica sobre a Estratégia Saúde da Família e a Mudança no Modelo de Atenção. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 8 n. 1, Rio de Janeiro, Jan. 2013.

A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA CRIANÇA COM CÂNCER

Maira Elisa Cavalcanti Da Silva¹; Josiane Estela de Oliveira Prado²

¹Aluna do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

²Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: Oncologia; Relação Familiar; Criança; Equipe de Enfermagem.

Introdução: O câncer é o conjunto de mais de 100 patologias que tem em comum o crescimento celular desordenado, com infiltração de tecidos e/ou órgãos, levando a sua disfunção e pode se espalhar para outras partes do corpo, o que se denomina metástase (INCA, 2009). O sistema familiar é um conjunto de exigências que organiza e divide a função de cada membro no qual é inserido, proporcionando recursos físicos, emocionais e apoio psicológico. Para que o tratamento seja eficaz, a família deve ser a base, porém a maioria sente-se incapaz e impotente para lidar com a nova situação. A interação entre família e equipe de enfermagem trará grandes benefícios, permitindo um envolvimento emocional, encorajamento e diálogo, criando-se assim um vínculo que será um facilitador durante todo o processo do cuidado dessa criança. A equipe de enfermagem torna-se fundamental diante da doença, uma vez que estará em contato e disponível para esclarecimentos das dúvidas sobre cuidados e recursos terapêuticos, convivendo com o paciente e sua família durante todo o tratamento (BARRETO e AMORIM, 2010). Identificamos por tanto neste estudo que no decorrer do tratamento da criança com câncer, a família torna-se a base fundamental no que se refere ao apoio e segurança oferecido à criança, em conjunto com a equipe de enfermagem que estará prestando os cuidados.

Objetivos: Descrever os benefícios do apoio familiar e da assistência de enfermagem no tratamento da criança com câncer.

Relevância do Estudo: Quando ocorre o surgimento de uma doença no seio familiar, surgem sentimentos de insegurança e medo. A presença da equipe de enfermagem e o apoio familiar contribuirão para minimizar o sofrimento durante o tratamento, estabelecendo um ciclo de confiança entre a família a equipe e a criança.

Materiais e métodos: A metodologia utilizada neste trabalho foi a revisão bibliográfica narrativa, através de artigos disponibilizados em meios eletrônicos e bibliotecas visando importância da participação da equipe de enfermagem e da família no tratamento da criança com câncer

Resultados e discussões: O tratamento do câncer infantil tem como característica o fato de ser prolongado, demandando um tempo considerável de hospitalização e expondo à criança a procedimentos invasivos e desagradáveis, tanto físicos quanto emocionalmente. A criança precisa então adaptar-se, a essa nova situação, sendo necessária a utilização de estratégias de enfrentamento adequadas (NEVES, MENDES e SANTOS, 2012). No momento de confirmação de diagnóstico de câncer nas crianças, é percebida pelos profissionais de enfermagem que prestam cuidados a essa criança e sua família, como algo impactante e gerador de importantes repercussões na dinâmica familiar. Referem que em seu cotidiano de trabalho de oncologia lidam frequentemente com o estado de desestruturação das famílias, observando junto aos familiares sentimentos de dúvida, desespero, tristeza e medo (TEIXEIRA *et al.*, 2012). De acordo com Silva *et al.*, (2009),

quando é estabelecida uma relação entre família e equipe de enfermagem trás grandes benefícios pois permite-se assim um envolvimento emocional facilitando diálogo e a compreensão. Para tanto quando se é estabelecida confiança pela instituição e equipe de profissionais, proporcionam-se sentimentos de segurança no decorrer da trajetória da doença. Ao identificar que a criança não está informada suficientemente, o Enfermeiro pode sanar essa falha contribuindo para que ela se sinta segura e colabore no processo de cuidado. O mesmo ocorre com a família, sua presença junto da criança e seu carinho são fundamentais, e a equipe atenta esclarece, informa e dá apoio, cuidando a fim de minimizar o sofrimento de ambas (ANGELO, MOREIRA e RODRIGUES, 2010).

Conclusão: Através da revisão de literatura percebemos o quanto é fundamental e indispensável à presença da família e o seu apoio à criança com câncer durante o seu tratamento, uma vez que sua presença oferece conforto, segurança e tranquilidade, trazendo, conseqüentemente, grandes benefícios. Também foi possível observar que é primordial a interação equipe de enfermagem-família, facilitando assim o bem-estar e fortalecendo o trinômio criança/família/equipe.

Referências:

ANGELO, M.; MOREIRA, P. L.; RODRIGUES, L. M. A. **Incertezas diante do câncer infantil.** Esc. Anna Nery, Rev Enferm, v. 14, n. 2, p. 301-308, 2010.

BARRETO, T. S.; AMORIM, R. C. **A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer.** Rev. enferm UERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 462- 467, 2010.

INCA, 2009. Disponível em: <<http://www1inca.gov.br/Estimativa/2010/>>. Acesso em: março de 2015.

NEVES, N. J.; MENDES, R. G. D.; SANTOS, L. W. **Enfermagem oncológica pediátrica: Fatores de excelência na assistência integralizada.** 2012.

SANTOS, L. M. S. *et al.* **Cuidados paliativos para a criança com câncer: infecções sobre o processo saúde-doença.** Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, v. 15, n. 3, p. 130-130, 2013

SILVA, F. A. C. *et al.* Representação do processo de adoecimento da criança e adolescente oncologia junto às famílias. Esc. Anna Nery, Rev Enferm, v. 13, n. 2, p. 334-41, 2009.

TEIXEIRA, R. P. *et al.* **A família da criança com câncer: Percepção de profissionais de enfermagem atuantes em oncologia pediátrica.** Cienc cuid saúde, v. 11, n. 4, p. 784-791, 2012.

CUIDADOS PALIATIVOS AO PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Cibele Viana Moreno¹; Ana Paula Delgallo Merli²

¹ Cibele Viana Moreno – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – cibele27mr@hotmail.com;

² Ana Paula Delgallo Merli – Faculdades Integradas de Bauru – FIB - anamerli@ig.com.br

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Enfermagem, Qualidade de Vida.

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma das principais causas de morbidade em todo o mundo. A OMS considera que 65 milhões de pessoas no mundo têm DPOC de moderada a grave e que, em 2020, a DPOC será a terceira causa de mortalidade em todo o mundo. Estima-se que, a cada ano mais de 20 milhões de pessoas necessitam de Cuidados Paliativos ao final de suas vidas no mundo todo. O número total estimado é de 40 milhões, incluindo os pacientes no estágio inicial da doença (OMS, 2015). A principal causa desta doença é o tabagismo ativo, o que faz da DPOC a doença prevenível mais prevalente. O risco da doença varia conforme a exacerbação e diferentes graus de declínio da função pulmonar, sendo assim a principal causa da DPOC é o consumo ativo do tabaco. Pode ser dividida em dois grandes grupos doença estável e necessidade de adoção de medidas durante a exacerbação, devendo ser organizados, conforme os sintomas, o risco da exacerbação e internação e progressão da doença (COSTA E RUFINO, 2013). Outro fator de risco da DPOC é a poluição intradomiciliar gerada pela fumaça e pelo gás de aquecimento em residências pouco ventiladas. Combustão de lenha, os resíduos de queima de colheita e carvão incinerados em locais abertos ou em fogões com mau funcionamento podem elevar a incidência da doença (BETHESDA, 2011). Merli (2013), refere que os pacientes passem por uma educação permanente, ministrada por equipe multiprofissional de saúde, com o objetivo de compreender a doença crônica e melhor controlá-la. A abordagem inclui aconselhamento em saúde e farmacoterapia, abandono do cigarro, prática de exercícios físicos, orientação nutricional e apoio continuado de enfermagem.

Objetivos: Identificar o desafio dos profissionais da saúde em conscientizar o paciente e a família sobre os cuidados paliativos e a qualidade de vida em pacientes portadores de DPOC, minimizando desta forma o sofrimento do paciente em estágios mais avançados da doença.

Relevância do Estudo: Este estudo se torna relevante devido ao aumento do envelhecimento da população, e o aumento da prevalência de condições de saúde crônicas que originam novos desafios aos sistemas de saúde.

Materiais e métodos: Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em periódicos nacionais, na língua portuguesa, no período de 2005 à 2014, revisão foi realizada partir da análise de artigos publicados na Biblioteca Virtual em Saúde na base de dados caracterizada como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na base de dados Bibliográficas Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO), e com o auxílio do site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Ministério da Saúde e livros de acervo bibliográfico da Faculdades Integradas de Bauru – FIB., que abordem a conscientização do pacientes e seus familiares nos cuidados paliativos ao paciente portador de DPOC.

Resultados e discussões: Podemos verificar com o desenvolvimento do presente trabalho, que o alívio da dor é um dos principais fatores de cuidado, acolhimento, educar, amparar, aliviar o desconforto, controlar os sintomas e minimizar o sofrimento esse é o resultado que os profissionais da enfermagem têm como meta para os pacientes portadores de DPOC.

Conforme a OMS, a participação da família e dos amigos no processo de aceitação é muito positivo, oferece segurança e confiabilidade na aceitação e nos cuidados que estão sendo tomados para sua. O desafio que os profissionais da saúde enfrentam para providenciar um bom atendimento que permite a esperança simultaneamente ao conforto com o estágio terminal da doença é redirecionar a esperança do paciente em curto prazo aumentando a qualidade de vida nesse processo (BERGMANN, 2006).

A dor é uma das queixas dos pacientes nesse estágio, o sofrimento do paciente que também atinge a família é considerada um alvo principal é um desafio a ser trabalhado sendo um dos objetivos central (PIMENTA, 2006).

Conclusão: DPOC é uma doença grave causada principalmente pelo uso prolongado do tabagismo, quando já instalada a doença o cuidado paliativo exerce um papel importante. A enfermagem com o conhecimento da doença e com a ajuda dos familiares o paciente adere ao tratamento e com isso temos uma ferramenta importante para desenvolver nosso trabalho e proporcionar o bem-estar desse paciente.

Referências:

BERGMANN, A. **Prevalência de Linfedema Subsequente a Tratamento Cirúrgico para o Câncer de Mama no Rio de Janeiro:** Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública. 2006. Rio de Janeiro.

BETHESDA. Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD): **Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD.** 2011.

COSTA, H. C; RUFINO, R. **Tratamento Pulmonar Obstrutiva Crônica.** Faculdade de Ciências Médicas. Abril/Junho de 2013. Rio de Janeiro.

MERLI, Ana Paula Delgallo. **Caracterização, confirmação diagnóstica e avaliação da gravidade dos pacientes com DPOC internados em hospital geral com recursos adequados para o gerenciamento da doença.** 2013. 78 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/106053>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Palliative Care.** Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/noticias/2014/02/20-milhoes-de-pessoas-necessitam-de-cuidados-paliativos-diz-organizacao-mundial-da-saude>>. Acesso em: 20 jun.2015.

PIMENTA, C. A. M. **Dor Oncológica: Bases para Avaliação e Tratamento. O Mundo da Saúde.** Vol. 27. 98-110. Janeiro/Março 2006. São Paulo.

PARTO HUMANIZADO COM AUXILIO DE DOULA CONTRIBUINDO COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Tatiana dos Anjos Garcia¹; Amanda Vitória Zorzi Segalla²

¹Discente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

²Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru –
amandasegalla.saude@gmail.com

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: doulas, parto humanizado, assistência de enfermagem, gravidez.

Introdução: Hoje a palavra Humanizar, está vinculado a toda a assistência prestada a parturiente, e teve como o objetivo a melhor qualidade de atendimento a gestante, sua família e ao recém-nascido, mediante a autonomia de livre escolha de toda a assistência prestada a ela durante sua gestação e pós-parto (BUSANELLO *et al*, 2011).

Toda a mulher tem direito a um acompanhante de sua inteira confiança, que lhe proporciona calmo e um ambiente agradável, lhe passando confiança e que ele possa se sentir seguro e mais a vontade, o acompanhante e de sua escolha pode ser seu marido, namorado, amiga, enfermeira, parteira ou doula. A doula tem origem grega cujo significado é escrava. Era uma mulher que assistia na casa da parturiente na hora do parto, pós-parto e auxiliando o bebê e fazendo seus deveres domésticos. Atualmente a doula participa do período perinatal, gravidez, parto e nos primeiros dias do bebê e na amamentação. Esta mulher apoia a gestante, dando-lhe apoio físico e emocional, gerando uma assistência mais agradável para a gestante e o bebê. Dana Raphael foi reconhecida em 1976, nos Estados Unidos descrevendo uma mulher que participa do parto, pós-parto e amamentação de outra mulher. Sendo que na década de 80 as doulas ganharam mais aceitação e também diminuíram as altas taxas de cesáreas e medicamentos para dor. As Doulas foram fundadas na América do Norte (DONA), elas são mulheres treinadas com experiência que prestam total apoio e suporte durante todo o processo da gestação até a amamentação. Sendo que no Brasil existem cursos formação de doulas profissionais e voluntárias (ANDO) onde se tem um preparatório para capacitar as mulheres que desejam receber esse auxílio (SILVA *et al*, 2012).

A mulher dá apoio, estimula a gestante, mantendo contato lhe segurando a mão, fazendo massagens para facilitar o parto, elogiando para lhe passar segurança e diminuindo o medo e ansiedade assim diminuindo o uso de medicamentos por dor e estresse (COSTA *et al*, 2013).

Objetivos: Compreender a experiência humanizada do parto através do olhar e assistência da Doula.

Relevância do Estudo: Diante do exposto, o trabalho torna-se relevante para a equipe de enfermagem e estudantes na área, no intuito de fornecer informações importantes sobre a prática e assistência das doulas para as gestantes, campo este que vem crescendo muito na área da saúde.

Materiais e métodos: Trata-se de estudo descritivo, transversal, qualitativo com abordagem de Análise de Conteúdo. Para compor o referencial foram utilizados buscas nas bases de dados eletrônicos Scielo, Lilacs e Bireme no período de janeiro a julho de 2015, utilizando o cruzamento descritores doulas; parto humanizado; assistência de enfermagem; gravidez. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados e indexados nas bases de dados nos últimos 10 anos que compreendiam o objetivo do trabalho. Os critérios de exclusão foram: artigos

publicados que não compreendiam o objetivo do trabalho e a data de publicação, bem como dissertações de mestrado e teses de doutorado. O sujeito do estudo: foram utilizadas 5 profissionais doulas registradas pelo ANDO- Associação Nacional de Doulas e certificadas e que aceitem participar da pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados foi por entrevista semi-estruturada e gravada, transcritas na íntegra respeitando a veracidade das informações coletadas, as entrevistas foram utilizadas de 4 perguntas norteadoras. Para compreender a análise de dados, será utilizada: A Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas que analisam a comunicação, por procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2010).

Resultados e discussões: Os resultados encontrados neste estudo foram categorizados de forma a expressar a contribuição das doulas prestando serviço a gestante, assim a sua própria atuação durante todo o processo de gestação e pós-parto. Sendo que as entrevistas para este estudo, serão auxílio para o serviço de saúde, sendo seu propósito uma mão amiga visando o melhor atendimento a gestante.

"A doula [...] faz esse acompanhamento emocional e também de conforto físico da gestante [...] desde o início do trabalho de parto até o final[...] em todos os aspectos em questões informativas [...] o apoio da doula para passar, vivenciar o momento do parto da melhor forma possível[...] a doula vai nesse sentido de auxiliar a mulher[...] (E3; E4;E5)

As vantagens no uso da doula e facilitar o trabalho da enfermagem assim lhe dando maior condições para prestar um serviço de qualidade para todos os internados na unidade. A atuação da doula diminui o uso da equipe de enfermagem, pois a mesma só estará prestando cuidados a está parturiente, assim a equipe de enfermagem poderá prestar cuidados aos pacientes mais graves e com maior dificuldades (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Conclusão: Conclui-se que é necessário abriremos mais espaço a essas profissionais, que atuam como facilitadoras da equipe, para que possam trabalhar de forma mais digna, respeito e segurança.

Referências:

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. São Paulo, Edições 70, 2010.

BUSANELLO. J.; KERBER, C. P. N.; FERNANDES, M. F. G.; *et al.* Humanização do Parto e a Formação dos Profissionais na Saúde. **CiencCuidSaude** 2011 Jan/Mar; 10 (1):169-175.

COSTA, M. G. F; SANTOS, R. O. S; HINO, P.; *et al.*, Apoio Emocional Oferecido Às Parturientes: Opinião das Doulas. **REAS [Internet]**. 2013, 2(3):18-31. ISSN 2317-1154.

OLIVEIRA, C. G.; SIMÃO, J.; FRANCESCHETTO, T.; Dificuldades encontradas pelas instituições na implementação do parto humanizado. v.02-N.01- janeiro a junho 2013 - ISSN 2238-7137.

SILVA, M. R.; BARROS, F. N.; JORGE, F. M. H.; *et al.*, Evidência qualitativa sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(10): 2783-2794, 2012.

ACOLHIMENTO FAMILIAR EM UTI NEONATAL: O PAPEL DA ENFERMAGEM EM UTI NEONATAL

Solange de Fatima Barreto¹, Adriana Aparecida Beraldi Gaion²,

¹ Aluna de Enfermagem - Faculdades Integradas de Bauru – FIB –barretosolange@yahoo.com.br

² Professora do curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
adrianabgaion@bol.com.br

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: Humanização da assistência. Acolhimento. Unidade de terapia intensiva neonatal.

Introdução: A internação do recém-nascido prematuro na Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UITN) é uma situação de crise para toda a família, principalmente para a genitora (mãe). É um ambiente estranho e assustador, além de que o bebê real é diferente do imaginado e o sentimento de culpa pelos problemas do filho atua como fatores inibidores do contato espontâneo entre pais e bebês (ROSSATO, 2002). Costa *et al.*, (2009), complementa que quando as mães sentem o carinho dos profissionais se mostram mais seguras e proporcionam sensações de bem-estar e assim facilitam as adaptações necessárias. É de suma importância a participação dos pais dentro da unidade de terapia intensiva neonatal, para que possam acreditar mais em si mesmos e desenvolverem seus papéis de pais, tendo o reconhecimento de seu bebê durante a hospitalização na unidade. Com este envolvimento dos pais dentro da unidade de cuidados intensivos eles ficam mais autoconfiantes, e futuramente podem realizar o cuidado com seu bebê após a alta hospitalar, sem medo durante a manipulação, pois se tratando de pré maturo necessitam de cuidados mais vigilantes e um olhar mais observador, os pais juntamente com seu bebê aumentam o vínculo e estímulos positivos podendo contribuir para uma evolução benéfica do estado clínico, relatam também que dentro deste ambiente tão obscuro e que se tem um risco de morte eminente é de grande importância à presença dos pais para que possam interagir com seu bebê (MORENO, JORGE e MOREIRA, 2003; OLIVEIRA, 2006; ROSSATO e ANGELO, 2002).

Objetivos: Descrever o acolhimento humanizado direcionado aos pais dentro de uma UTI neonatal.

Relevância do Estudo: O presente estudo torna-se relevante por conta do crescente aumento do número de recém-nascidos prematuros e baixo peso criticamente enfermos, sendo necessários a internação em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) e cuidados constantes de uma equipe de enfermagem especializada. O prematuro extremo (PE) é definido pela idade gestacional de 30 semanas ou menos, com consequente imaturidade global em todos os tecidos e órgãos.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão da literatura, envolvendo referenciais teóricos no site, no período de janeiro de 2015 a julho de 2015, nos bancos de dados disponíveis pelo Ministério da Saúde (Brasil), na base de dados científicos SciELO (Scientific Eletronic Library Online), buscando os artigos nacionais mais relevantes publicados e utilizando como ferramenta de busca as bibliografias e os descritores propostos a seguir: Saúde, UTIN e Humanização. Como critério de inclusão, foram aceitas publicações completas referentes à humanização e métodos empregados junto a equipe de enfermagem, capítulos de livros que abordaram a temática em estudo e ainda dados de bancos de dados virtuais com disponibilidade contínua de acesso. Os critérios de exclusão

foram: artigos repetidos na mesma base de dados quando utilizados descritores diferentes que convergiam para o mesmo resultado e artigos cuja linguagem fosse nacional.

Resultados e discussões: Conforme Ministério da Saúde, vale salientar que para o desenvolvimento de ações humanizadoras na assistência a saúde, faz-se necessário que a humanização seja a filosofia da instituição, ao propor a assistência humanizada ao recém-nascido ou de baixo peso através do Método Canguru, coloca a presença e a participação da família ampliada como elemento fundamental no apoio ao bebê e família durante a hospitalização, recomendando que as unidades neonatais liberem as visitas, seja em acesso livre, o acolhimento à família é importante para promover a saúde de todos os seus membros e garantir ao bebê um espaço que vai auxiliá-lo em seu desenvolvimento (BRASIL, 2004). De acordo com Oliveira (2006), os pais são os grandes, e às vezes os únicos, parceiros dos recém-nascidos dentro de uma Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Uma vez que a participação dos pais na internação do bebê é sabidamente importante para o seu tratamento, poucos são os serviços que permitem a entrada de familiares que não os pais, além de não permitir que eles participem dos cuidados.

Conclusão: O acolhimento reduz as barreiras da hospitalização para os pais. A enfermeira é a responsável pelas informações iniciais, o acolhimento pode ser melhorado e capacitar a equipe é importante. A equipe de enfermagem é a principal responsável pela inserção da família no ambiente da unidade de neonatal. O acolhimento é a chave inicial para o processo de comunicação entre os pais e os profissionais de saúde, a forma como os pais são recebidos no hospital irá influenciar significativamente toda a internação do recém-nascido. É necessário investir na capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde das unidades neonatais, promovendo não somente o aprimoramento técnico, mas também os sensibilizando para um cuidado individualizado e humanizado, buscando proporcionar ao recém-nascido e família um ambiente acolhedor e tranquilo, o ideal seria, além de possibilitar que os pais entrem no ambiente da unidade neonatal, permitir que eles sejam e sintam-se pais.

Referências:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: MS; 2004.

COSTA, S. A. F. *et al.*, A experiência da família ao interagir com o recém-nascido prematuro no domicílio. *Esc. Anna Nery Revista Enfermagem*. 2009. Dez; vol.13(4): p. 741-749.

MORENO, R. L. R., JORGE, M. S. B., MOREIRA, R. V. O. Vivências maternas em unidade de terapia intensiva: um olhar fenomenológico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2003. Vol. 56(3): 282-87.

OLIVEIRA, R. B; O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. *Revista Enfermagem*. Florianópolis. 2006. Vol.15.

ROSSATO, L. M., ANGELO, M. Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto-risco. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. 2002. Vol.10(1): p. 48-54.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EM PACIENTES IDOSAS COM PROLAPSO UTERINO.

Diego Toni¹, Amanda Vitória Zorzi Segalla²

¹Aluno de Enfermagem - Faculdades Integradas de Bauru- FIB – diego-toni@bol.com

²Professora do curso de Enfermagem - Faculdades Integradas de Bauru – FIB – Mestre em Enfermagem – UNESP – Botucatu amandasegalla.saude@gmail.com

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: bexiga, prolapso uterino, total, Prolapso Vaginal, assistência de enfermagem, útero, prolapso.

Introdução: Existem vários procedimentos de histerectomia entre elas a abdominal nesse procedimento, é feito um corte na região do abdôme, pelo qual o cirurgião retira o útero da paciente. Já a histerectomia vaginal é um procedimento cirúrgico para remover o útero através da vagina (LAGINHA, 2015; LIMA, 2012).

A histerectomia é uma cirurgia ginecológica que é a retirada do útero devido algumas patologias é hoje em dia uma das cirurgias femininas mais realizadas no mundo onde afeta os aspectos físicos, emocionais e sexuais das mulheres. Onde o prolapso uterino constitui dos órgãos fora da sua localização normal, onde este problema restringe as atividades normais das mulheres e possui com grande impacto negativo na autoestima e qualidade de vida onde algumas patologias são relevante para definir o grau de prolapso, sendo a idade, a paridade, definindo como números de filhos de acordo com (SILVA, 2012; SANTOS, 2008).

Objetivos: Compreender os aspectos emocionais que envolvem as mulheres com prolapso uterino, descrevendo as atribuições da equipe de saúde que trabalha com esta patologia.

Relevância do Estudo: Atribuições da equipe de saúde desempenha um grande papel, proporcionando num contexto multidisciplinar, através de experiências que auxiliam essas mulheres e familiares na prevenção e tratamento quanto a situação vivenciada (SANTOS, 2013).

Materiais e métodos: A revisão bibliográfica foi através da literatura científica concentrando-se nos trabalhos publicados aspectos psicológicos em pacientes idosas com prolapso uterino nos últimos 10 anos. O mapeamento da literatura foi realizado prioritariamente através de consulta pela Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Base COCHRANE, Scientific Eletronic Library (SCIELO pública) e Medline de artigos em português ou sobre a experiência brasileira. Os critérios de inclusão foram: a) artigos publicados na língua portuguesa cuja integração com os descritores e o objetivo do presente trabalho fosse atendidos e b) artigos publicados de janeiro de 2015 a outubro de 2015. Os critérios de exclusão foram documentos encontrados na busca que não tinham relevância na discussão entre a integração aspectos psicológica e prolapso uterino.

Resultados e discussões: A equipe de saúde e de enfermagem deve atentar-se para identificar os problemas que envolvem toda a problemática física e psicológica da doença do prolapso uterino no intuito de solucionar ou amenizar os sintomas físicos e psicológicos de forma saudável, mantendo o paciente e seus familiares cientes do tratamento e orientados quanto aos aspectos a serem trabalhados no seu tratamento e acompanhamento. Com esse intuito de amenizar sintomas, os profissionais apresentam inúmeras alternativas de acompanhamento e tratamento como, a medicina, com o auxílio da cirurgia que visa à correção total do defeito do assoalho pélvico no compartimento anterior, médio e posterior. Visa também à correção de lesões satélites, como incontinência urinária e fecal, se

existirem. A fisioterapia com acompanhamento em exercícios físicos específicos para o músculo do assoalho pélvico, incluindo a cinesioterapia (exercícios do assoalho pélvico), o biofeedback, os cones vaginais e a eletroestimulação. A psicologia podendo oferecer aconselhamento psicológico para as mulheres aprenderem a lidar com sua dor física e psicológica. (Onde há vários tipos de suporte psicossocial que a psicoterapia engloba, sendo consultas, avaliações, acompanhamento e psicoterapia em grupo). A enfermagem engloba e participa de todos os aspectos físicos e psicológicos que permeiam o tratamento da mulher, com isso toda a equipe deve estar preparada para atuar na problemática de forma individual e humanizada, garantindo orientações e avaliações contínuas e evoluções diárias da rotina de saúde do paciente com o objetivo de melhorar a cada dia a qualidade de vida da mulher com prolapso uterino e suas angústias (KONDO, 2015; CARDOSO, 2010; CREFITO, 2014).

Conclusão: As expectativas da paciente e sua família são muito importantes em sua visão do sucesso ou fracasso da operação. O útero é o principal órgão associado à reprodução e uma parte importante da imagem de uma mulher e, em algumas culturas, a sexualidade de uma mulher e o potencial reprodutivo dela são vistos como partes importantes de seu valor ou status na família ou na sociedade como inteiro.

Referências:

CARDOSO, B. **Prolapso dos Órgãos Pélvicos**, 2010. Acesso em: 23 de julho de 2015. 9 p. Disponível em: <http://www.apnug.pt/docs/docs/prolapso_dos_orgaos_pelvicos.pdf>.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL- MS (CREFITO). **O papel da fisioterapia no prolapso uterino**, 2014. Disponível em: <http://www.crefito13.org.br/noticias/index.php?id=400>. Acesso dia 29 de julho de 2015.

LAGINHA, F. **Prolapso uterino**. Disponível em: <<http://www.minhavida.com.br/saude/temas/prolapso-uterino>>. Acesso em: 14 de julho de 2015.

LIMA, M. I. M.; LODI, C. T. da C.; LUCENA, A. de A.; GUIMARÃES, M. V. M. B.; MEIRA, H. R. C.; LIMA, L. M.; LIMA, S. A. de, Prolapso genital, **Revistada Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 20, n. 2, p. 69-73, 2012.

SANTOS, L. R. M. S. **Processos de enfrentamento e repercussões psicossociais em pacientes submetidas à cirurgia de histerectomia**. 2008. 139 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa- PB.

SANTOS, J. V. C. **Relato de experiência: assistência da equipe multiprofissional a mulher com prolapso uterino**. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, Florianópolis, 2013.

SILVA, A. R. **Estudo biomecânico da cavidade pélvica da mulher**. 2012. 32 f. Monografia – Faculdade de Engenharia, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

KONDO, W. **Dor pélvica crônica em mulheres**. Curitiba, PR. Acesso em: 05 de agosto de 2015. Disponível em: <<http://drwilliamkondo.site.med.br/index.asp?PageName=dor-pelvica-cronica-informacoes-as-pacientes>>.

PARTO VAGINAL APÓS CESÁREA PRÉVIA: REFLEXÕES SOBRE QUAL A MELHOR OPÇÃO PARA AS GESTANTES

Josiane Fernanda Antonio Hader¹; Vanessa Aparecida Ferreira²;

¹Aluna de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – josi.alanys@bol.com.br;

²Professora do curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: Cesárea; Parto normal; Enfermagem obstétrica; Assistência de enfermagem.

Introdução: A cesárea é um dos procedimentos cirúrgicos mais executados e conhecidos na atualidade (MATIAS *et al.*, 2003). A operação cesariana traz benefícios a gestantes e recém-nascidos quando sua indicação é bem determinada (PÁDUA *et al.*, 2010). Muitas mulheres são submetidas à cesárea, mas desconhecem a indicação de tal procedimento. Além disso, demonstram insatisfação com a falta de oportunidade para expressar suas expectativas e preocupações e tirar suas dúvidas com relação ao parto (OLIVEIRA *et al.*, 2002). Os benefícios maternos do parto vaginal após cesárea são bem definidos. Entre os mais frequentes estão: menor intensidade da dor no período pós-parto, risco diminuído de morbidade febril, menor tempo de hospitalização e menor risco futuro de repetir cirurgia abdominal (OLIVEIRA, AQUINO e NETO, 2009).

Objetivos: Descrever sobre o excesso de cesarianas desnecessárias para gestantes com uma cesárea prévia, em uma perspectiva crítica e propositiva, e analisar os riscos e benefícios para a escolha certa do tipo de parto mais indicado para cada gestante.

Relevância do Estudo: Buscando redirecionar o parto normal como evento fisiológico, natural e que possui grandes significados para a mulher e sua família é nosso dever como profissionais de saúde comprometidos com a qualidade do nascimento, instruir as mulheres sobre os riscos e benefícios dos tipos de parto, para sua participação nas decisões e condutas a serem adotadas.

Materiais e métodos: Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa bibliográfica narrativa de natureza qualitativa. Foi realizada revisão de artigos científicos pesquisados em sites, de Julho de 2014 a Agosto de 2015, nas bases de dados científicas do Centro Latino – Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), e Biblioteca Virtual em Saúde Enfermagem (BVS). Foram incluídos os artigos publicados e indexados nas bases de dados eletrônicas no período de 1996 até 2015 e que discorriam sobre parto normal e cesárea no Brasil. Foram excluídos os artigos que descreviam sobre parto normal e cesárea em uma cidade ou hospital específico e as publicações em inglês ou espanhol.

Resultados e discussões: O referencial adotado para a discussão dos resultados são as evidências científicas que embasam a prática, consideradas fundamentais na caracterização da assistência ao parto e no desfecho pela via mais indicada. Segundo Oliveira *et al.*, (2002), o nascimento por cesariana tornou-se tão comum e disseminado, que a possibilidade de ter um parto normal deixou de ser prática corrente em muitas maternidades, mesmo quando essa é a expectativa da parturiente. Os profissionais nem sempre estão preparados para atender a essa possibilidade, e, ainda que as convicções pessoais da parturiente sejam muito sólidas, o seu desejo nem sempre prevalece. Já para Haddad e

Cecatti (2011), as mulheres apoiam-se e depositam sua confiança no profissional que as assiste. Estes profissionais, diante da fragilidade apresentada pelas mulheres, são responsáveis pela orientação adequada e condução da sua assistência de acordo com as evidências de boa prática. Para Oliveira *et al.*, (2002), quanto às causas do elevado número de cesáreas, pode-se mencionar o pouco tempo dedicado pelo médico obstetra para acompanhar o trabalho de parto, em decorrência de atividades concomitantes que desempenha na prática médica, a desinformação da mulher em relação ao parto vaginal, a falta de conhecimento sobre a indicação da cesárea anterior, o despreparo do médico formado para intervir, e a falta de enfermeiras obstétricas para assistir o parto, a realização da laqueadura tubárea durante a cesariana e questões relacionadas ao pagamento de procedimentos médicos e da analgesia no parto. Conforme Junior, Steffani e Bonamigo (2013), a gestante ter a oportunidade de escolha da via de parto e ter atendida a sua solicitação de realizar uma cesárea constitui conduta eticamente aceitável. Segundo Junior, Steffani e Bonamigo (2013), ao Estado incumbe a responsabilidade de proporcionar condições adequadas para a realização de parto natural nas instituições, bem como garantir a autonomia da gestante na escolha da via de parto, mediante o esclarecimento, e fortalecer as políticas de saúde para abrandar sua vulnerabilidade. Assim, não somente estaria contemplado o princípio da autonomia, mas também os objetivos da bioética de proteção e de intervenção.

Conclusão: Várias são as indicações de cesarianas, das quais, muitas são realizadas frequentemente, porém, sem respaldo na literatura. Evidências epidemiológicas demonstram que o Brasil vive um cenário epidêmico de cesarianas desnecessárias e indesejadas. Ainda são necessários outros estudos e ações mais efetivas por parte do Ministério da Saúde para que haja a diminuição das cesáreas desnecessárias e o parto normal volte a ser a preferência dos médicos e gestantes.

Referências:

HADDAD, S. E. M., CECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro. 2011. Nov: vol.33: p.252-262.

JUNIOR, T. L., STEFFANI, J. A., BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Revista Bioética*. 2013. Vol. 21(3): p. 509-517.

MATIAS, J. P. *et al.*, A prova de trabalho de parto aumenta a morbidade materna e neonatal em primíparas com uma cesárea anterior? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro. 2003. Vol.25(4): 255-60.

OLIVEIRA, S. M. J. V. *et al.*, Tipo de parto: expectativa das mulheres. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2002. Set-out; vol.10 (5): p. 667-674.

OLIVEIRA, T. A.; AQUINO, M. M. A.; NETO, C. M. Indução do parto em pacientes com cesárea anterior. *Revista Femina*. 2009. Vol.37(8): p. 427-432.

PÁDUA, K. S., *et al.*, Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Revista Saúde Pública*. São Paulo. 2010. Fev. Vol.44(1): p. 70-9.

ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO HUMANO NO MUNICÍPIO DE BAURU – SP

Clarice Cordeiro Batista¹; Amanda Vitória Zorzi Segalla²; Cássia Marques da Rocha Hoelz³

¹ Discente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

² Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

³ Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. ILSL e SMS de Bauru/SP

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: Raiva, Saúde Pública, Notificação de Doenças, Vacinas Antirrábicas.

Introdução: As agressões por animais, principalmente as caninas, veem ganhando destaque nos dias atuais. Agravos provocados por mordeduras têm estado em evidência na mídia devido suas agressões fatais a crianças e adultos levando também a possível transmissão da raiva (BRASIL, 2011). No período de 2000 a 2009, foi registrada uma média de 16 casos de raiva humana ao ano no Brasil, demonstrando uma tendência de redução linear (WADA e cols, 2011). O controle da raiva humana, ou seja, a vacinação para o tratamento preventivo da raiva humana, é implementada na rotina da rede básica. As pessoas agendadas para o tratamento profilático da raiva que faltam na data aprazada são buscadas diariamente (BRASIL, 2001; BRASIL 2010).

Objetivos: Analisar as notificações de atendimentos antirrábicos humano no município de Bauru no ultimo quadrimestre de 2014. Delinear o perfil sócio demográfico, clínico e epidemiológico dos atendimentos antirrábicos humano.

Relevância do Estudo: O presente estudo torna-se relevante, pois atualmente tem-se encontrado muitos casos de mordedura de animais em humanos e tem tido um grande destaque nos meios de comunicação, em especial na mídia televisiva. É importante conhecer o perfil das vítimas e as formas de atendimento que acontece nos Pronto Socorros do Município de Bauru, para que se possa alcançar melhorias na prevenção e tratamento dos mesmos.

Materiais e métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo, exploratório e descritivo de abordagem quantitativa, com dados secundários das Fichas de Notificação de Atendimentos Antirrábicos Humanos (AARH) digitados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no município de Bauru, no último quadrimestre de 2014.

Resultados e discussões: De acordo com o CNES (2015) na rede pública de saúde em Bauru há um total de 33 unidades de serviços de saúde distribuídas entre a Secretaria Municipal de Saúde e rede hospitalar. Do total destas unidades 25 fizeram parte da amostra. A maioria das notificações ocorreu no Pronto Socorro Municipal Central com 191 casos (42%). Em relação ao mês com maior número de notificações, dezembro apresenta maior percentual, com 27% (123) casos.

Com 102 (23%) dos casos notificados entre pessoas com 21 à 40 anos, cor branca 352 (78%); sexo feminino 228 (51%) e ensino fundamental incompleto 133 (29%). Observamos que a faixa etária de 21 a 40 anos foi a mais acometida, acredita-se que seja a população mais susceptível por se enquadrar nessa faixa etária trabalhadores como os prestadores de serviços, carteiros e leituristas, etc. em contraditório ao exercício dessas funções, prevaleceu o sexo feminino. Muitos acidentes com mordeduras por animais nem sempre chegam ao conhecimento dos serviços de saúde, porque, as próprias vítimas, proprietárias

ou não dos animais agressores, desconhecendo a gravidade, não procuram atendimento médico e nem orientação com médicos veterinários (UNASUS, 2015).

Observa-se que o tipo de exposição ao vírus rábico mais comum foi por mordedura com 406 (75%) dos casos; a localização da lesão com maior incidência foi em mãos e pés 206 (40%). O tipo de animal agressor foi canino 388 (86%), o animal foi passível de observação em 376 (83%) das ocorrências e o tratamento indicado foi vacina em 79 casos (40%). As mordeduras de animais são relativamente comuns, especialmente de animais domésticos, sendo os cães os animais mais comumente causadores do problema, com índices de 80% a 90% dos acidentes (HADDAD JUNIOR, CAMPOS NETO e MENDES, 2013).

Conclusão: O tipo de exposição ao vírus rábico mais comum foi por mordedura, com localização da lesão em mãos e pés. O cão foi o animal agressor prevalente, e os casos foram passível de observação, com a indicação de vacina.

Evidenciou-se que o conhecimento do perfil das agressões possibilitará o planejamento de ações educativas e preventivas de acidentes envolvendo as espécies e, conseqüentemente a exposição humana ao vírus rábico no município de Bauru.

Referências:

BRASIL. **Manual de Procedimentos para Vacinação** / elaboração de Clelia Maria Sarmento de Souza Aranda et al. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de Vigilância epidemiológica. **Situação epidemiológica das zoonoses de interesse para saúde Pública**. Boletim eletrônico epidemiológico. Ano 10, n.2, p.7-10, abr. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ano10_n02_sit_epidemiol_zoonoses_br.pdf> Acesso em: 16 set. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. **Normas técnicas de profilaxia da raiva humana**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Conselho Nacional de Saúde (CNES). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 14 abr. 2015.

HADDAD JUNIOR, V.; CAMPOS NETO, M. F.; MENDES, A. L... Mordeduras de animais (selvagens e domésticos) e humanas. **Rev Patol Trop**. vol. 42 n. 1: p. 13-19. jan.-mar. 2013.

UNASUS. Especialização em Saúde da Família. Fundamentação Teórica: **Abordagem de pequenos ferimentos na Atenção Primária**. Caso Complexo 12 - Vila Santo Antônio. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Vila_Santo_Antonio/Complexo_12_Vila_Abordagem_ferimentos.pdf. Acesso em: 10 set. 2015.

WADA, M. Y.; ROCHA, S. M.; MAIA-ELKHOURY, A. A. S. Situação da Raiva no Brasil, 2000 a 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 509-518, out-dez 2011.

A ENFERMAGEM NOS CUIDADOS AO PACIENTE COM DOR

Silvia do Carmo Pereira¹; Amanda Vitória Zorzi Segalla²

¹Aluna de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – silviadocarmo@hotmail.com;

²Professora do curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – amandasegalla.saude@gmail.com

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: Pacientes, Cuidados de enfermagem; Dor, Terapia.

Introdução: Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem a dor como o quinto sinal vital que deve sempre ser registrado ao mesmo tempo em que também são avaliados os outros sinais vitais, quais sejam: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial (FUSTINONI E SURIANO, 2008). A dor é uma experiência sensorial e emocional, desagradável a lesão tissular real ou potencial. É o motivo mais comum para a busca de cuidados de saúde, sendo um sintoma que acomete milhares de pessoas em todo o mundo e pode acarretar diversos prejuízos aos que com ela convivem. O tratamento adequado desta experiência deve ser multimodal e abranger medidas farmacológicas e não farmacológicas conforme (SILVA E MOREIRA, 2011). O tratamento da dor é considerado como uma parte importante do cuidado, que resumiu a frase “Dor, o 5.º Sinal Vital”, para enfatizar seu significado e aumentar a consciência entre os profissionais de saúde sobre a importância do tratamento efetivo da dor (SOUZA, 2013). A dor é referida como uma percepção particular devendo ser analisada individualmente no que tange a sua localização, tipo, intensidade e frequência, pois cada cliente possui capacidade de percepção e dor diferente. A existência de encefalinas e endorfinas, em maiores e menores quantidade, explicam o porquê de algumas pessoas sentirem a dor em diferentes níveis de intensidade a partir de mesmos estímulos no estudo, contudo, há autores que afirmam não ser a dor um fenômeno puramente fisiológico, havendo influências de fenômenos psicossociais que cercam o indivíduo (CAVALHO E REZENDE, 2013).

Objetivos: Descrever a importância de um instrumento de cuidado para a enfermagem nos cuidados ao paciente com dor. Apresentar escalas de Intensidade de dor mais utilizadas.

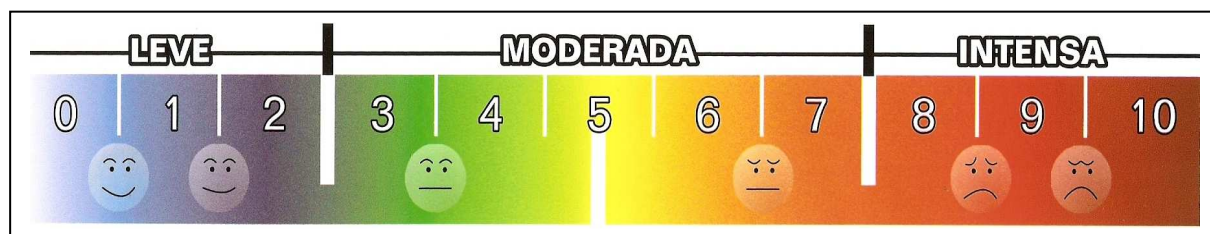
Relevância do Estudo: É de fundamental importância que o profissional enfermeiro saiba identificar o paciente que sofre de dor e consiga classificar e intervir de modo a eliminá-la e prevenir eventos recorrentes; uma vez que este profissional tem conhecimento acerca do quadro doloroso, não apenas em seu contexto físico, como psíquico e social, e dos métodos de tratamento farmacológicos e não farmacológicos, proporcionando uma terapêutica eficaz.

Materiais e métodos: Foi realizado um levantamento bibliográfico do tipo narrativa dos últimos dez anos (2005 a 2015), através das bases de dados on-line como literatura científica e técnica da América Latina e Caribe (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Pan American Health Organization (Bireme) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Utilizando como descritores: Pacientes, Cuidados de enfermagem; Dor, Terapia. Os dados foram coletados no período do 1º semestre de 2015. Os critérios de inclusão foram artigos publicados e indexados nas bases de dados que compreendiam o prazo estipulado de publicação, bem como o tema do objetivo do trabalho (ROTHER, 2007).

Resultados e discussões: A avaliação da dor inclui determinar que o nível de alívio da dor o paciente agudamente doente acredita ser necessário para se recuperar com rapidez ou melhorar a função, ou que nível de alívio o paciente crônico ou terminalmente doente requer

para manter conforto. Uma pessoa que compreende que o alívio da dor não apenas contribui para o conforto, como também acelera a recuperação é mais provável de solicitar ou administrar o tratamento de maneira adequada (SILVA E MOREIRA, 2011). Os profissionais de enfermagem têm um nível de dificuldade para a avaliação da intensidade da dor, passando pelo desconforto brando, até a dor excruciante na correlação entre a intensidade relatada e o estímulo que a produziu. A intensidade reportada é influenciada pelo limiar de dor da pessoa e a tolerância à dor. O limiar de dor consiste no estímulo mínimo para qual uma pessoa reporta a dor, sendo a tolerância a quantidade máxima de dor que uma pessoa pode tolerar (SOUZA, 2013), porém para conhecer estas variações o enfermeiro pode perguntar sobre a tal intensidade da dor, bem como a intensidade mínima e máxima da dor. Por isto os instrumentos e estudos são valiosos para os pacientes que tentam descrever a intensidade da dor. E partindo deste princípio o profissional de saúde, necessita conhecer as ferramentas/instrumentos para o controle de cada situação (SILVA E MOREIRA, 2011).

Figura 1 – Escala Visual Analógica - EVA



FONTE: REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, ANO VII, nº 19, jan/mar 2009.

Conclusão: A dor é um dos primeiros sinais ou sintoma que leva um indivíduo a buscar auxílio dos profissionais de saúde. Utilizar a dor como um sinal vital, através de mensurações padronizadas com escalas de dor se torna cada vez um diferencial da equipe de saúde em especial a enfermagem, por estar mais próximo ao paciente e uma maior atenção com o cuidado. É preciso que o enfermeiro deseje envolver-se e desenvolverem instrumentos/escalas para aplicarem no processo de recuperação da saúde, logo a importância e melhoria na qualidade de vida e assistência prestada.

Referências:

CARVALHO, F. C.; REZENDE, A. C. C. **A Enfermagem na Assistência ao paciente com dor:** Revisão de Literatura. São Paulo, v. 4, n.2, p.174-88,jul/dez. 2013.

FUSTINONI, S.M.; SURIANO, M. L. F. **Módulo: introdução às técnicas básicas nos cuidados em saúde.** São Paulo: Editora Unifesp, 2008. pp. 203-210.

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática x Revisão Narrativa.** Acta Paul Enferm. Vol 20 (2). 2007.

SILVA, M. M; MOREIRA, M. C. **Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros.** Acta Paul Enferm; v. 24, n. 2: 172 - 8, 2011.

SOUZA, L. A. F; PESSOA, A. P. C; BARBOSA, M. A.; PEREIRA, L. V. **O modelo bioético principialista aplicado no manejo da dor.** Rev Gaúcha Enferm. v. 34, n 1: 187-95, 2013

A SÍNDROME BURNOUT NA ASSISTÊNCIA AOS IDOSOS

Lívia Maria de Oliveira¹; Amanda Vitória Zorzi Segalla

¹Aluna de Enfermagem - Faculdades Integradas de Bauru – FIB – liviaenfermagem2015@gmail.com;

²Professora do curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
amandasegalla.saude@gmail.com

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: Saúde do Idoso; Assistência de Enfermagem; Síndrome de *burnout*; Estresse Profissional.

Introdução: A OMS classifica como idoso pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. O aumento da população idosa junto com os avanços da assistência médica e as medicinas preventivas fazem com que haja uma maior prevenção de pacientes idosos elaborando de maneira objetiva seu próprio envelhecimento. E o envelhecimento que nada mais é que o processo natural de desgaste do corpo depois de atingida a idade adulta, trazendo também a morte celular e a tecidual é vista como uma ameaça a seu destino e ela modifica a relação do paciente com o mundo e consigo mesmo (NERI, 2004).

É importante que os profissionais de enfermagem saibam compreender todo o processo de saúde e adoecimento dos pacientes idosos e assim proporcionar conforto, segurança e confiança, e acima de tudo o respeito, identificando etapas que irão ocorrer devidos ao adoecimento do paciente (NETTO, 2007).

A síndrome de *burnout* se manifesta especialmente em pessoas cuja profissão exige envolvimento interpessoal direto e intenso. Os idosos por exigirem uma atenção maior e por ter números reduzido de profissionais de enfermagem, fazem com que aumente os indicadores na assistência, tornando o trabalho da equipe de enfermagem mais cansativo, proporcionando um esgotamento físico e mental. Em contrapartida o enfermeiro torna-se descontente e desmotivado a prestar uma assistência de qualidade, ocasionando problemas psicológicos e físicos. O sintoma típico da síndrome de *burnout* é a sensação de esgotamento físico e emocional que se reflete em atitudes negativas, como ausências no trabalho, agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor, irritabilidade, dificuldade de concentração, lapsos de memória, ansiedade, depressão, pessimismo, baixa autoestima (TRIGO, *et al*, 2007).

Objetivos: Descrever a síndrome de *burnout* nos profissionais de saúde na assistência à saúde da pessoa idosa.

Relevância do Estudo: O presente estudo torna-se relevante por conta do crescente aumento de casos de enfermeiros com *Burnout*, sendo assim é extrema importância que os profissionais de saúde obtenham um maior conhecimento dos desenvolvimentos dessa síndrome. Para tanto, torna-se imprescindível o estudo no intuito de aumentar o conhecimento técnico dos profissionais envolvidos em relação a essa síndrome.

Materiais e métodos: A busca de dados foi realizada no período de Janeiro a Julho de 2015 nas bases dos dados científicas do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Lilacs), Bireme, Scientific Electronic Library (SciELO), acervo da biblioteca das Faculdades Integradas de Bauru (FIB) e acervo pessoal. A busca deu-se através do cruzamento dos descritores: saúde do idoso; assistência de enfermagem; Síndrome de *burnout*; estresse profissional.

Resultados e discussões: A enfermagem mostra-se como uma das profissões com grandes possibilidades de desencadear a síndrome de *burnout* tendo em vista a organização do trabalho, a indefinição do papel profissional; a sobrecarga de trabalho estimulada pelo pagamento de horas-extras; a falta de autonomia e autoridade na tomada de decisões, além de ter o cuidado como sua essência e por grande parte da carga de trabalho ser o contato direto com pacientes e familiares. O sofrimento moral vivenciado pelos enfermeiros provoca sucessivas mudanças nas suas vidas, tanto na dimensão pessoal, manifestado por alterações emocionais e físicas, quanto na dimensão profissional, com repercussões no desempenho do próprio trabalho (ABREU, *et al.*, 2002).

Trata-se de uma síndrome na qual o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho, de forma que as coisas não lhe importam mais e qualquer esforço lhe parece inútil. Finalmente, a síndrome de *burnout* tem sido negativamente relacionada com saúde, desempenho e satisfação no trabalho, qualidade de vida e bem-estar psicológico. A dimensão Exaustão é mais genérica, sem a ênfase na reação emocional; a dimensão Cinismo passa a refletir indiferença ou atitude distanciada em relação ao trabalho (e não em relação a relacionamentos interpessoais no trabalho, como na Despersonalização); e a dimensão Eficácia Pessoal abrange aspectos sociais e não sociais da realização profissional, além de focar mais as expectativas individuais de rendimento do que a dimensão Realização Pessoal (TRIGO, *et al.*, 2007; VIEIRA, 2010; ABREU, *et al.*, 2002).

Conclusão: A síndrome do *burnout* é ocasionada através de níveis muito altos de estresse no trabalho e principalmente pelo distanciamento das relações pessoais e conseqüentemente uma diminuição no sentimento de realização e auto estima pessoal. Geralmente se incide sobre os profissionais de saúde que ajudam, prestam assistência ou são responsáveis pelo desenvolvimento do cuidado. Isso acontece com maior frequência na assistência ao idoso devido aos enfermeiros serem menos capacitados e os idosos necessitarem de uma assistência de maior complexidade.

Referências

ABREU, K. L.; STOLL, I.; RAMOS, L. S.; BAUMGARDT, R. A.; KRISTENSEN, C. H. **Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da Psicologia**. Psicol. Cienc. Prof. vol. 22, n 2, Brasília, 2002.

BRASIL, Fundo Nacional de Assistência ao Idoso. **Estatuto do Idoso**. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003.

NERI, A. L. **Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário** – Revista brasileira de Ciências do envelhecimento, 2004.

NETTO, M. P. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed São Paulo. Editora Atheneu, 2007.

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAR, J. E. C.; **Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Revisão de Literatura**. São Paulo, 2007.

VIEIRA, I.; **Conceito de Burnout: questões atuais da pesquisa a contribuição da clínica**. Rev. Bras. Saúde ocup., São Paulo, Julho, 2010.

A VISÃO DA ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS COM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Jussara Calvis Teixeira Cardoso¹, Josiane Estela Oliveira Prado²; Amanda Vitoria Zorzi Segalla²

¹ Aluna de Enfermagem –Faculdades Integradas de Bauru-FIB- jussarateixeiracardoso@hotmail.com.

² Professoras do Curso de Enfermagem - Faculdades Integradas de Bauru

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: Neoplasia; Cuidados paliativos; Assistência de enfermagem.

Introdução: Neoplasia é a segunda causa de morte no Brasil, sendo sua incidência estimada em cerca de 400 mil novos casos anualmente, também vem trazendo diversos problemas e prejuízos na qualidade de vida da população, além dos custos estorrecedores ao sistema público de saúde na adoção de terapêuticas frente à instalação e muitas vezes na tentativa de cura da doença (BRASIL, 2007). A Neoplasia representa mais que uma dor física e um desconforto. Ele interfere nos objetivos de vida do paciente, e de sua família, seu trabalho e renda, por isso sua mobilidade, sua imagem corporal e seu estilo de vida podem ser drasticamente alterado (SILVA E CRUZ, 2011).

Objetivos: Identificar o papel da equipe da enfermagem nos cuidados paliativos, melhorando a assistência prestada ao paciente oncológico, valorizando a importância da família no tratamento.

Relevância do Estudo: Sabe-se que a neoplasia é reconhecida como um problema de saúde pública e que, em todo o mundo, a maioria dos indivíduos apresentam doença avançada no momento do diagnóstico. Adoecer de câncer produz impacto emocional no paciente e na família ameaçando a saúde física de ambos. Diante da importância da família no tratamento do paciente, o estudo objetivou identificar o papel da equipe da enfermagem com os cuidados paliativos, melhorando a assistência prestada ao paciente oncológico, valorizando a importância da família no tratamento. Tais realidades refletiram a pertinência deste estudo, o qual agregou informações para a instrumentalização profissional de enfermagem, na melhoria dos cuidados prestados ao paciente com neoplasia e atualização da equipe de saúde, junto com a família.

Materiais e métodos: O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa, construída pela análise da literatura publicada em livros, artigos. Foram pesquisados nas bases de dados eletrônicas LILACS (Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e do Ministério da Saúde – INCA (Instituto Nacional do Câncer).

Da análise dos descritores foram encontrados 42 artigos, desses 24 artigos foram utilizados valorizamos os estudos publicados no período entre os anos de 2004 a 2015.

Resultados e discussões: Segundo Lopes e Mello (2008), o tratamento de neoplasia é complexo e envolve o trabalho de diversos especialistas. Como qualquer outra doença, o câncer deve ser combatido com métodos mais efetivos e com menores efeitos colaterais possíveis. Neste período da internação em instituições hospitalares é muito importante a presença de um ente querido, pois este proporciona segurança ao doente, e isso favorece em sua recuperação. A hospitalização constitui uma oportunidade para os familiares aprender ou aperfeiçoar a realização dos cuidados básicos para seu doente e minimizar suas próprias dificuldades relacionadas à doença e ao tratamento (SALES *et al.*, 2012).

Desta forma, o cuidar na enfermagem se traduz em uma dinâmica de troca e interação, alicerçada na confiança, respeito, e na experiência compartilhada de vida. Competem à equipe de enfermagem oncológica, além das atribuições técnicas e assistenciais, atividades de caráter educativo, relativas à prevenção, detecção precoce, cuidados e reabilitação, que envolve equipe, pacientes e familiares (STUMM *et al.*, 2008).

Conclusão: Esta pesquisa possibilitou a compreensão de que a neoplasia não só envolve a pessoa doente, mas todo o grupo familiar que se apoiam mutuamente e buscam valorizar um modo de agir, no qual o estar perto, junto ou presente com o familiar do paciente é de grande relevância no momento do tratamento do paciente. Assim os objetivos almejados através do estudo puderam ser contemplados, deixando sempre clara a importância da atuação da assistência da enfermagem junto a família do paciente

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em 18 de maio de 2014.

LOPES, A., MELLO, C., **Tratamento multidisciplinar do câncer**. In: LOPES, Ademar et al. Oncologia para graduação. 2. ed. São Paulo: Bete Abreu, 2008.p.161-167.

SALES, C. A. C.C. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do familiar no contexto hospitalar. **Acta Paul enferm**. Vol. 25, n. 5, pp. 736 – 742, 2012.

SILVA, R. C. V.; CRUZ, E. **Assistência de enfermagem ao paciente com câncer: Reflexão teórica sobre as dimensões sociais**, 2011; disponível em <http://www.scielo.br>, acesso 01 de março de 2014.

STUMM, E. M. F.; LEITE, M. T.; MASCHIO, G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Cogitare. enferm**. Vol. 13, n. 1, pp. 75 – 82, 2008

O OLHAR DO CLIENTE NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA

Claudia Marquetti Cossi¹; Josiane Estela de Oliveira Prado²

¹Aluna de Enfermagem -- Faculdades Integradas de Bauru – FIB claumarchetticossi@gmail.com

²Professora do curso de Administração – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
josieprado@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: Enfermagem

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Oncologia; Enfermagem oncológica.

Introdução: Os cuidados paliativos foram desenvolvidos na década de 60 por Cecil Saunders, à época ainda uma enfermeira, ao longo de sua carreira cursou assistência social e medicina (SILVA, 2011). Com a evolução de diversas doenças crônicas e o aumento significativo de patologias oncológicas incuráveis, foi observada a necessidade de desenvolver uma assistência voltada ao ser e não as tentativas de cura ou tratamentos ineficazes (SALES *et al.*, 2009). Haja vista que diante da finitude da vida humana, o contexto é ambientado pelas limitações e frustrações do cliente e sua família e se depara com os desafios de uma assistência além do técnico – científico por parte dos profissionais da equipe da enfermagem (BARROS *et al.*, 2013). Sendo assim, têm-se o objetivo de compreender a experiência do paciente e seus familiares no tratamento da neoplasia na fase dos cuidados paliativos prestados pela equipe de enfermagem oncológica durante o período de hospitalização e atendimento domiciliar.

Objetivos: Compreender a experiência do paciente e seus familiares no tratamento da neoplasia na fase dos cuidados paliativos prestados pela equipe de enfermagem oncológica durante o período de hospitalização e atendimento domiciliar.

Relevância do Estudo: Aprimorar a assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos, priorizando a excelência de atendimento aos clientes, desenvolvendo e implementando os planos mais adequados a cada paciente e suas particularidades.

Materiais e métodos: Apresenta-se uma revisão de literatura narrativa, baseada em artigos científicos e publicações de mesma temática (ROTHER, 2007). Foram fontes de busca as bases de dados como o Centro Latino – Americano e do Caribe de Informação em Ciências de Saúde ou Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Scielo – Scientific Eletronic Library Online (Biblioteca Científica Eletrônica em Linha), Lilacs (Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MedLine Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online). Os artigos pesquisados foram encontrados com o cruzamento dos descritores: Cuidados paliativos; Oncologia; Enfermagem oncológica.

Resultados e discussões: Com o estudo de Hermes e Lamarca (2013), verificou-se que a Enfermagem é a categoria que está mais engajada no atendimento e estudos acerca de cuidados paliativos, e obviamente são os profissionais que efetivamente aplicam os princípios fundamentais e enfrentam os maiores desafios desta recente especialidade voltada para a terminalidade.

Das mais variadas questões apontadas, as mais evidenciadas e relevantes em todos os trabalhos, é a eficácia no controle dos sintomas mais severos, a melhora da qualidade de vida deste cliente e a otimização de seu pouco tempo junto aos seus. Contudo diante deste desafio, cabe ao Enfermeiro absorver todo o contexto envolvido e implementar não somente técnicas e capacitações, mas ampliar seu horizonte pessoal para com sabedoria e

humanidade saber conduzir individualmente cada caso, e uma das fontes mais fidedignas é o relato dos atendidos por sua equipe. Essa troca de experiências complementa o planejamento e adequação dos cuidados, de uma forma particularmente peculiar e única. O processo é árduo para ambos os lados, e o mais difícil para o profissional é a ambiguidade que se apresenta, a necessidade de aproximação e vínculo, contrariando a fuga do envolvimento e sofrimento da perda. O profissional de enfermagem, assim como o familiar, tem dificuldade em lidar com a perda, pois culturalmente ainda são treinados para salvar vidas à qualquer custo (NUNES e RODRIGUES, 2012).

Conclusão: De acordo com a avaliação dos resultados e levantamentos, foi confirmado a necessidade de envolvimento da equipe de enfermagem com os pacientes e seus familiares cuidadores, gerando o alicerce desta relação, a tríade, equipe – paciente – família. E da mesma ótica foi observado os entraves dessa parceria, com todo o emaranhado de sentimentos e acontecimentos ao longo desta convivência, é evidente que os profissionais requerem um aprimoramento em capacitações para esta especialidade, porém o desenvolvimento humano é primordial. O feedback dos familiares cuidadores e principalmente dos pacientes, traz luz a equipe, demonstrando quanto sua assistência está suprimindo as necessidades deste cliente, é mais uma ferramenta de aprimoramento e excelência, corroborando sempre em prol do conforto, serenidade e qualidade no caminho para a finitude.

Referências:

BARROS, N. C. B. *et al.* **Cuidados paliativos na UTI: compreensão dos enfermeiros.** Rev. Pesq. Cuid. Fundam. Jan – mar, 2013.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde.** Rev. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro - RJ, 2013.

NUNES, M. G. S.; RODRIGUES, B. M. R. D. **Tratamento paliativo: perspectiva da família.** Rev. Enferm. UERJ. Rio de Janeiro - RJ, 2012.

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática X revisão narrativa.** Acta paul. enferm. São Paulo - SP, 2007.

SALES, C. A. *et al.* **Cuidados paliativos: relato de experiência de sua aplicabilidade em um projeto de sua extensão.** Rev. Ciênc. Cuid. Saúde. Maringá – PR, 2009.

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C. **Sistematização de assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros.** Acta paul. enferm. São Paulo – SP, 2011.