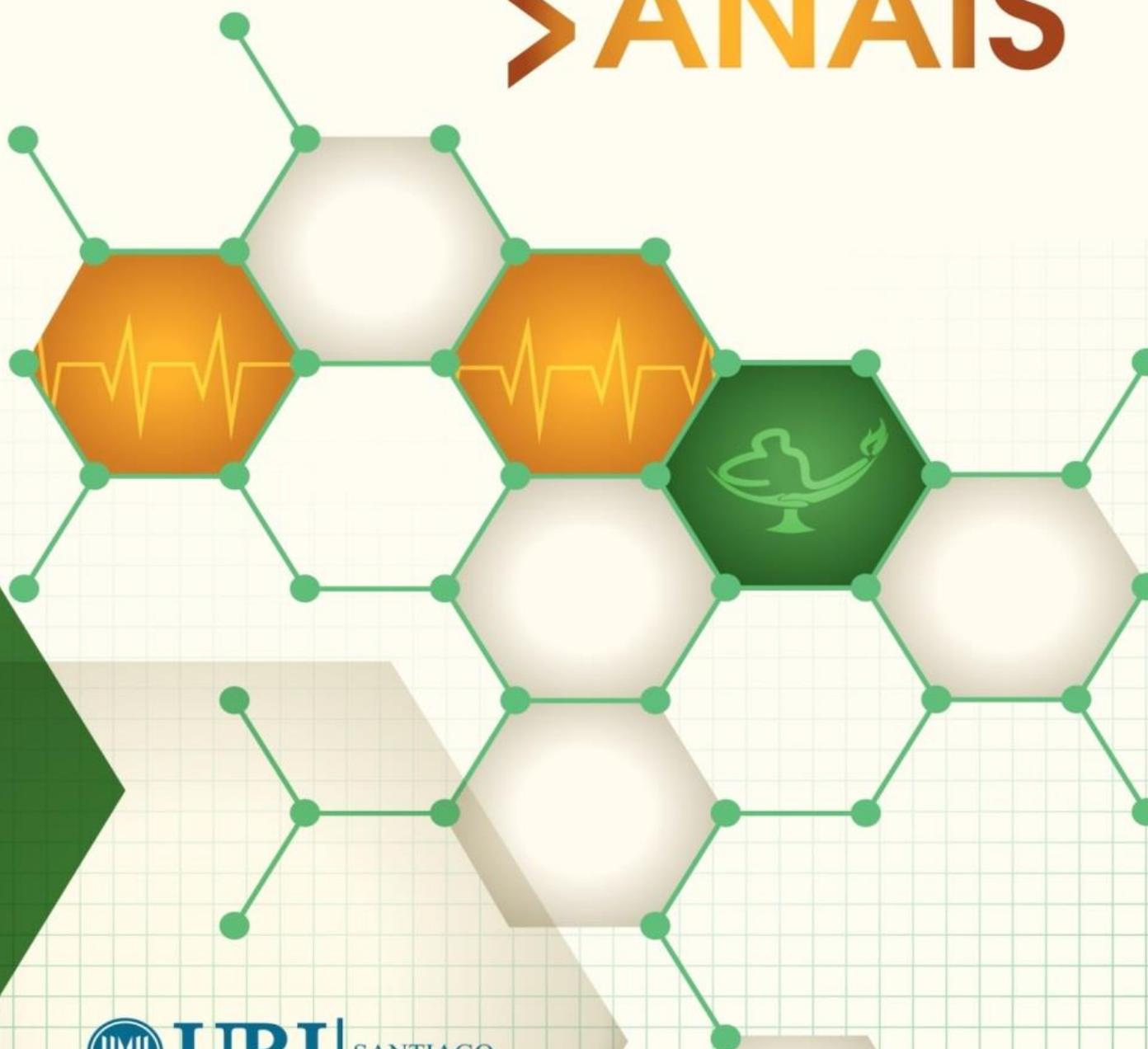


*Construir saberes e renovar as
práticas de Enfermagem*

XIV Semana Acadêmica de

Enfermagem

> ANAIS



**XIV SEMANA ACADÊMICA DE
ENFERMAGEM**

MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA
*CONSTRUIR SABERES E RENOVAR AS PRÁTICAS
DE ENFERMAGEM*

ANAIS



**UNIVERSIDADE REGIONAL
INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E
DAS MISSÕES**

Reitor

Luiz Mario Silveira Spinelli

Pró-Reitora de Ensino

Rosane Vontobel Rodrigues

Pró-Reitor de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação

Giovani Palma Bastos

Pró-Reitor de Administração:

Nestor Henrique de Cesaro

Câmpus de Frederico Westphalen

Diretora Geral

Silvia Regina Canan

Diretora Acadêmica

Elisabete Cerutti

Diretor Administrativo

Clóvis Quadros Hempel

Câmpus de Erechim

Diretor Geral

Paulo José Sponchiado

Diretora Acadêmica

Elisabete Maria Zanin

Diretor Administrativo

Paulo Roberto Giollo

Câmpus de Santo Ângelo

Diretor Geral

Gilberto Pacheco

Diretor Acadêmico

Marcelo Paulo Stracke

Diretora Administrativa

Berenice Beatriz Rossner Wbatuba

Câmpus de Santiago

Diretor Geral

Francisco de Assis Górski

Diretora Acadêmica

Michele Noal Beltrão

Diretor Administrativo

Jorge Padilha Santos

Câmpus de São Luiz Gonzaga

Diretora Geral

Dinara Bortoli Tomasi

Câmpus de Cerro Largo

Diretor Geral

Edson Bolzan



**ANAIS DA XIV SEMANA ACADÊMICA DE
ENFERMAGEM**

MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

**CONSTRUIR SABERES E RENOVAR AS
PRÁTICAS DE ENFERMAGEM**

08 a 10 de novembro de 2016

Organização do Evento

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Câmpus de Santiago

Departamento de Ciências da Saúde

Curso de Enfermagem

Comissão Organizadora

Coordenação e Professores do Curso de Graduação em Enfermagem

Acadêmicos:

Adriana Pinto Delevati Tolfo

Amanda Steinstrasser Carvalho

Andiara Luiz Ramos Soares

Biana Lambertini Brum

Briana Lencina Balbuena

Camila Milene Soares Bernardi

Caroline Scalcon Machado

Caroline Silva De Melo

Dayra Luisa Nunes Musacchio

Gabrieli Da Silva Nascimento

Greisiele Aparecida Silva Ferreira Domingues

Henilberto Peruzzi Dos Reis

Jailton Diniz Soares

João Francisco Córrea Pinheiro Filho

Josiane Gripa Lançanova

Lara Coletto

Laura Izabel Silva Linchtenecker

Leandra Gaberti De Oliveira

Letícia Cogo Maia

Mateus Zorzi

Natiéle Dos Santos Costa

Natiéle Rodrigues Guedes

Patrícia Vielmo Galvani

Yuri Nunes Pereira

Comissão Científica:

Télvio de Almeida Franco

Silvana Carlotto Andres

UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS
MISSÕES
CÂMPUS DE SANTIAGO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**XIV SEMANA ACADÊMICA DE
ENFERMAGEM**

MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

***CONSTRUIR SABERES E RENOVAR AS PRÁTICAS DE
ENFERMAGEM***

ANAIS

Organizadores

Alessandro Zancan Colvero
Briana Lencina Balbuena
Natiéle dos Santos Costa
Patrícia Bitencourt Toscani Greco
Letícia Martins Machado



Frederico Westphalen

2017



Este trabalho está licenciado sob uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivados 3.0 Não Adaptada. Para ver uma cópia desta licença, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>.

Organização: Alessandro Zancan Colvero, Briana Lencina Balbuena, Natiéle Dos Santos Costa, Patrícia Bitencourt Toscani Greco, Letícia Martins Machado

Revisão metodológica: Responsabilidade exclusiva dos autores

Diagramação: Kirliel Emanuel Paz Moraes e Tani Gobbi dos Reis

Capa/Arte: Natiéli Costa

Revisão Linguística: Wilson Cadoná

O conteúdo de cada resumo bem como sua redação formal são de responsabilidade exclusiva dos (as) autores (as).

Catálogo na Fonte elaborada pela
Biblioteca Central URI/FW

S471a Semana Acadêmica de Enfermagem (14.: 2017 : Santiago, RS)

Anais da XIV Semana Acadêmica de Enfermagem, Mostra de Iniciação Científica: construir saberes e renovar as práticas de enfermagem / Organizador Alessandro Zancan Colvero et al. - Frederico Westphalen : URI, 2017.
73 p.

ISBN 978-85-7796-221-1

1. Enfermagem. 2. Práticas de enfermagem. 3. Saúde. I. Colvero, Alessandro Zancan. II. Título.

CDU 616-083

Catálogo na fonte: Bibliotecária Jetlin da Silva Maglioni CRB 10/2462



URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prédio 9

Câmpus de Frederico Westphalen

Rua Assis Brasil, 709 - CEP 98400-000

Tel.: 55 3744 9223 - Fax: 55 3744-9265

E-mail: editorauri@yahoo.com.br, editora@uri.edu.br

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

SUMÁRIO

EIXO TEMÁTICO: ATENÇÃO EM SAÚDE COLETIVA.....	9
VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	10
CARVALHO, AMANDA STEINSTRASSER; CARVALHO, SANDRA OST RODRIGUES MARTINS	
GRUPO DE PORTADORES DE ÚLCERAS VENOSAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	14
COSTA, NATIÉLE DOS SANTOS; PEREIRA, YURI NUNES; CARVALHO, SANDRA OST RODRIGUES MARTINS	
VISITA DOMICILIARIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	17
GALVANI, PATRÍCIA VIELMO; MUSACCHIO, DAYRA NUNES; SANTOS, NATIÉLE COSTA; CARVALHO, SANDRA OST RODRIGUES MARTINS	
EIXO TEMÁTICO: ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	20
VIVÊNCIAS DE ACADÊMICAS NA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA: UM DESAFIO	21
BERNARDI, CAMILA MILENE SOARES; CARVALHO, AMANDA STEINSTRASSER; SOARES, ANDIARA LUIZ RAMOS; LANÇANOVA, JOSIANE GRIPA; CARVALHO, SANDRA OST RODRIGUES MARTINS	
EIXO TEMÁTICO: ATENÇÃO MATERNO INFANTIL.....	24
A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE A GESTANTE PORTADORA DE SÍFILIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	25
MANGANELLI, RIGIELLI RIBEIRO; SERRES, WALKIRIA PAZ; CARVALHO, JANAÍNA SILVA; CAMPOS, MÍRIAN LUCIA DUTRA DE; EBLING, SANDRA BEATRIS DINIZ	



REVISÃO NARRATIVA ACERCA DA ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO: REFLEXÕES E DESAFIOS.....	29
SERRES, WALKIRIA PAZ; MANGANELLI, RIGIELLI RIBEIRO; PIESZAK, GREICE MACHADO	
EIXO TEMÁTICO: ENSINO, PESQUISA E FORMAÇÃO EM SAÚDE	33
RELATO DE EXPERIÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO DE UM ACADÊMICO DE ENFERMAGEM NO CURSO DE RESGATE AEROMÉDICO	34
ZORZI, MATHEUS; MACHADO, LETÍCIA MARTINS	
EIXO TEMÁTICO: GESTÃO E GERÊNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	38
NÍVEL DE COMPLEXIDADE DE PACIENTES DE UMA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	39
SANTOS, GABRIELI SANTOS DOS; D'AVILA, JULIANA DIAS; JACQUES, SILVIA NATÁLIA MARTINS; MACHADO, LETICIA MARTINS	
AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA COM <i>MORSE FALL SCALE</i> EM UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA	42
MIQUELIN, LILIAN ROSA; MACHADO, LETÍCIA MARTINS; KIRCHHOF, RAQUEL SOARES	
O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PRONTO SOCORRO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	46
SILVEIRA, VANESSA DO NASCIMENTO; SILVA, ANDRÉIA WEBER DA; JÚNIOR, ANTÔNIO CARLOS MARCHEZAN; MACHADO, LETÍCIA MARTINS; SILVA, SILVANA DE OLIVEIRA	
EIXO TEMÁTICO: PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	51
EXPERIÊNCIAS E ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E VISITAS DOMICILIÁRIAS NA DISCIPLINA DE SAÚDE COLETIVA I.....	52
SOARES, ANDIARA LUIZ RAMOS; BERNARDI, CAMILA MILENE SOARES; CARVALHO, SANDRA OST RODRIGUES MARTINS	
GRUPO DE APOIO SOCIAL E AS INTERFACES DO CUIDADO DE ENFERMAGEM AOS USUÁRIOS ESTOMIZADOS E SEUS FAMILIARES.....	56
VACHT, CRISCHIMA LUNARDI; CARVALHO, SANDRA OST RODRIGUES MARTINS	
VISITA DOMICILIÁRIA REALIZADA POR ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM	60
GIBICOSKI, FLAVIANE DA SILVA; DORNELES, CAMILA DALENOGARE; CARVALHO, SANDRA OST RODRIGUES MARTINS	



EXPERIÊNCIAS E REFLEXÕES ADQUIRIDAS POR ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM EM CAMPO DE ESTÁGIO: ESTUDO DE CASO	63
LANÇANOVA, JOSIANE GRIPA; BRUM, BIANA LAMBERTI; ALMEIDA, LUCIANA	
ÚLCERA POR PRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	67
MANGANELLI, RIGIELLI RIBEIRO; SERRES, WALKIRIA PAZ; PIESZAK, GREICE MACHADO	
CONSULTA DE ENFERMAGEM E COLETA DE CITOPATOLÓGICO EM MULHERES RURAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	72
LUZ, ROBERTA; MACHADO, PAULA; MANENTE, VANESSA; EBLING, SANDRA BEATRIS DINIZ	

EIXO TEMÁTICO:

ATENÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CARVALHO, Amanda Steinstrasser¹

CARVALHO, Sandra Ost Rodrigues Martins²

INTRODUÇÃO: Segundo o Ministério da Saúde, uma unidade de saúde da família se destina a “realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção, e recuperação da saúde, características do nível primário da atenção”. (COSTA, CARBONE; 2004). Sendo assim, tivemos a oportunidade de vivenciar os papéis que a atenção primária realiza por meio de uma equipe multiprofissional juntamente com a comunidade. Bem como relata Pereira et al (2009), as experiências acadêmicas na prática assistencial nas Unidades Locais de Saúde ainda dizem respeito ao cuidado ao indivíduo, atuando principalmente para a recuperação da saúde, em menor escala à prevenção de agravos e, de forma muito incipiente, à promoção de saúde. Logo, obtivemos uma visão reflexiva sobre a importância de ter um vínculo entre a comunidade e os profissionais, o que possibilita a resolutividade desta assistência prestada dentro da atenção primária. As autoras ROCHA e ALMEIDA (2000) afirmam que: “A enfermagem se responsabiliza, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde”. Então na Estratégia Saúde da Família (ESF), os enfermeiros têm um papel importante para a qualidade da assistência e ações de promoção à saúde, têm condições de detectar fatores de risco aos quais a população está exposta, intervindo sobre os mesmos. De acordo com Pereira et al (2009), no contexto de Estratégia de Saúde da Família (ESF), a visita domiciliária é indicada como uma forma de prestar assistência à família em seu ambiente sociocultural, abordando-a de modo integral e individualizado. Diante disso, podemos citar o genograma e ecomapa como uma ferramenta de complementar essa assistência, obtendo informações relevantes sobre a família. Pois, são instrumentos que facilitam a avaliação da estrutura familiar. Através dos mesmos é possível ter uma ampla visão da complexidade das relações familiares e são

¹ Autor e relator. Graduando(a) do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS. E-mail: amanda_scarvalho@outlook.com

² Orientadora. Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.



excelentes fontes de informação, de forma breve, para o planejamento de estratégias. **OBJETIVO:** Relatar experiências de cuidados de enfermagem vivenciadas durante o período de estágio bem como, a construção do genograma e ecomapa. **METODOLOGIA:** Este trabalho baseou-se em referenciais teóricos que abrangem a atenção primária, saúde da família, e que trazem também o enfermeiro como um dos principais mediadores do serviço. Constituiu-se um relato de experiência acerca das vivências praticadas na ESF Carlos Humberto, visitas domiciliárias, encontro com grupo de usuários de estomias “estoamor”, durante período de 15 de Março à 7 de Abril de 2016, ambos situados na cidade de Santiago, RS. Neste tempo, foram desenvolvidas atividades de como promoção da saúde, orientação, educação em saúde, escuta, acolhimento entre outros aspectos relevantes. Válido salientar que foram realizadas em período Diurno, onde participaram a equipe da ESF e usuários desta área de abrangência, participantes do grupo de estomias, supervisora de estágio e acadêmicos de enfermagem. Para assim, completar a carga horária prática da disciplina. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** As atividades realizadas durante o período de estágio na ESF Carlos Humberto, as visitas domiciliárias e o grupo de usuários de estomias foram baseados em promoção da saúde, acolhimento, escuta, consultas de enfermagem, procedimentos técnicos, triagem, rodas de conversa, passeios, dinâmica como forma de interação entre acadêmicos e usuários, e por fim, evento em comemoração ao Dia Mundial da Saúde, em conjunto com a equipe da ESF. Durante o período de práticas na ESF, tivemos a oportunidade de vivenciar e compreender o quanto é importante a atenção primária, e que a partir dela, toda rede funciona, principalmente a referência e contra referência que são fundamentais para melhor resolutividade dos problemas enfrentados pela comunidade descrita. SANTOS e RIBEIRO (2010) afirmam que a inserção do enfermeiro na equipe de Saúde da Família promove a consolidação do vínculo deste profissional com a comunidade. Tal relação permite à equipe de enfermagem o desenvolvimento de ações efetivas na promoção da saúde da comunidade, uma vez que a aproxima do ambiente de convivência e das relações sociais do indivíduo. Então, dentro desta estratégia de saúde, desempenhamos o papel do enfermeiro com grande êxito, mas também, observamos que antes de qualquer procedimento como triagens, consultas de puericulturas, exame de preventivos, consultas de enfermagem, curativos, ou simplesmente verificar o nível de glicose do sangue, nós devemos sempre acolher e ouvir o que levou este usuário até este serviço, salientando que a escuta e promoção de saúde são fundamentais para assim se suceder um vínculo íntegro entre comunidade e equipe multiprofissional. Ainda,



destaca-se que as Visitas Domiciliárias fizeram parte do estágio, ou seja, acompanhamos as agentes de saúde em sua rotina, elegendo como prioridade a prevenção dos focos da dengue. Assim, tivemos a oportunidade de ver a realidade de usuários que frequentam a Estratégia, e sentir a importância do profissional estar cada vez mais inserido na vivência dessas famílias. Realizaram-se também visitas domiciliárias, em prol da promoção da saúde de uma família específica, proporcionando em duas tardes de lazer, descontração, trocas de experiências e lições de vida. Neste mesmo momento elaboramos o Genograma, que, sucintamente, é o estudo da pessoa que está sendo questionada, das gerações de sua família até o tempo atual e o Ecomapa, que constata o relacionamento da família com a sociedade em que convive ou não. Destacamos este trabalho, pois se tornou uma mistura de sentimentos, tristezas, alegrias, lembranças e emoções que o tempo não irá apagar, e fez percebermos que atrás de um ser existe uma história de vida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante dessas vivências pudemos ter uma visão reflexiva do campo profissional que a saúde coletiva abrange, tendo em vista sua amplitude de ações, onde atende as necessidades sociais em saúde, preocupando-se com a saúde da população. Através das atividades realizadas nos espaços descritos neste trabalho, acredita-se que uma das funções mais relevantes do(a) enfermeiro(a) é a educação em saúde, uma vez que por meio disso, os sujeitos podem ser motivados a transformarem suas vidas, sendo corresponsáveis pela integridade de sua saúde. Observou-se a magnitude em construir vínculos nas relações interpessoais, entre profissionais e usuários, sendo este um desafio para a integralidade do cuidado. Sendo essencial entender que, nas relações, os envolvidos são importantes um para o outro, havendo necessidade de respeito mútuo, no qual se abre a disponibilidade de escuta, de se destinar um tempo interno para a relação, em que se pode acolher o outro em seu momento de dificuldade, que não é só biológica; muito pelo contrário, a cada dia que passa, outros fatores tornam-se preponderantes na determinação dos sofrimentos humanos, como os envolvidos com as dores físicas; disponibilizando-se também das responsabilidades pela ação de saúde, pelo cuidar, e por aumentar o coeficiente de autonomia do usuário. Portanto, este estágio contribuiu para que obtivéssemos um olhar ampliado sobre a atuação profissional da enfermagem na atenção primária, tendo em mente que esta área é de suma importância quando se trata de prevenção e promoção em saúde.

Descritores: Enfermeiro. Saúde da Família. Visita Domiciliar. Promoção da Saúde.



REFERÊNCIAS

CANDEIAS, Nelly M. F., Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n.2, p.3, abril 1997.

COSTA, Elisa Maria Amorim da; CARBONE, Maria Hermina. **Saúde da Família- Uma abordagem multidisciplinar**. p. 8. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2004.

PEREIRA, Amanda Priscila de Souza; TEIXEIRA, Graziella Martins; BRESSAN, Carolina de Araújo Belcorso; MARTINI, Jussara Gue. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Florianópolis, v. 63, n. 3, Maio/Jun. 2009.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, Dez. 2000.

SANTOS, R. M. dos; RIBEIRO, L. C. C. Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro. **Rev. Cogitare Enferm**, v. 15, n. 4, p.709-15, Dez. 2010.

SOSSAI, Lilian Carla Ferrari; PINTO, Ione Carvalho. **A visita domiciliar do enfermeiro: Fragilidades x Potencialidades**. São Paulo: Cienc Cuid Saude, 2010.

GRUPO DE PORTADORES DE ÚLCERAS VENOSAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

COSTA, Natiéle dos Santos¹

PEREIRA, Yuri Nunes²

CARVALHO, Sandra Ost Rodrigues Martins³

INTRODUÇÃO: A escolha do tema, atenção em saúde coletiva, surgiu a partir da disciplina de Saúde coletiva da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, onde tivemos a oportunidade de participar do grupo de feridas, realizado no Centro de Estágios e Práticas Profissionais (CEPP) na cidade de Santiago/RS. No grupo de feridas conhecemos e aprendemos mais sobre como ocorre o grupo, ele acontece a cada quinze dias com os pacientes do CEPP, juntamente com eles podemos nós integrar e interagir em uma roda de conversa ocorreu à troca de experiências. A ferida é representada pela interrupção da continuidade de um tecido corpóreo, em maior ou em menor extensão, causada por qualquer tipo de trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma afecção clínica, que aciona as frentes de defesa orgânica para o contra-ataque (BLANES, 2004) conforme (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2014) a prática de cuidados a pacientes portadores de feridas é uma especialidade dentro da enfermagem, ao mesmo tempo é um desafio que requer conhecimento específico, habilidade e abordagem holística. A autonomia, autoestima devem estar sempre abordados, pois o paciente que possui uma ferida às vezes leva anos para sua cicatrização, e ele pode se sentir com a autoimagem prejudicada, pensando que sua lesão não vai melhorar por isso o grupo de feridas vem para fortalecer, cada um expõe a sua trajetória e auxilia o outro a passar por essa etapa, como a saúde coletiva. A saúde coletiva nos leva a conhecer mais sobre o paciente, a sua vida, não somente a ferida quando estamos fazendo seu curativo e cuidando dela, pois também podemos trocar experiências de como se cuidar, ter uma alimentação equilibrada para ajudar na cicatrização. **OBJETIVO:** Relatar a vivência dos acadêmicos de enfermagem da URI Câmpus Santiago, ao participar de um grupo com pacientes portadores de úlceras venosas no Centro de Estágios e Práticas Profissionais -

¹ Autora e relatora. Graduanda do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.

² Autor. Graduando do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.

³ Orientadora. Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.



CEPP. MÉTODO: Trata-se de um relato de experiência no Centro de Estágios e Práticas Profissionais da atividade realizada junto com o grupo de Feridas, como foi a interação dos pacientes. Portanto, esta explanação servirá para que reconheçam como funciona o grupo e como é importante o diálogo entre os pacientes, onde cada um pode relatar a sua experiência, ajudando na autoestima dos mesmos. RESULTADOS E DISCUSSÃO: O grupo começou com a apresentação dos acadêmicos que naquele dia estariam participando juntamente com os demais, logo após foi realizada um roda de conversa onde os pacientes contaram como tinha sido sua semana, se na visão deles a sua lesão teria tido alguma evolução. Foi proposta uma dinâmica, chamada “DINÂMICA DA CAIXINHA”, onde todos sentados em círculo, era tocada uma música, quando a música parava o paciente que ficou com a caixinha deveria retirar uma palavra da mesma e contar para os demais pacientes o que significava aquela palavra para si, essa dinâmica ajudou com que os pacientes pudessem ter a liberdade de expressar o que estavam sentindo, no decorrer da dinâmica teve uma paciente que tirou a palavra felicidade, essa paciente relatou que não sabia o que era mais felicidade, pois ela não podia caminhar mais, dependia dos seus familiares para tudo, enquanto essa paciente contava sua experiência, outros que estavam no grupo começaram a dialogar e trocar suas vivências sobre aquela palavra que foi tirada da caixinha, mostrando para ela que todos ali já tinham passado por aquela situação, mas alcançado a melhora, com isso a paciente sentiu-se mais conformada, segundo ela, pode perceber que não era a única que estava passando por aquela situação difícil que era ter feridas em seus membros inferiores, com esse diálogo cada um pode ver que em um grupo há várias situações diferentes, mas com a ajuda dos companheiros, juntos podem passar por aquele problema. As abordagens grupais têm recebido destaque na realidade brasileira como uma estratégia de assistência e educação em saúde (CAMARGO; SILVA; SOARES; WOLF; GONÇALVES, 2012). Ao término do grupo foi servido um lanche compartilhado, motivando os pacientes que mesmo na dificuldade ainda podemos nos alegrar juntos. CONSIDERAÇÕES FINAIS Com o presente relato pode-se concluir que a atividade em grupo ajuda com que os portadores da mesma situação possam ajudar um ao outro contando sua experiência, como enfrentam principalmente a dor, que é algo que a maioria dos pacientes que participam deste grupo relata. Concluímos também que a dinâmica que foi proposta ajudou com que os pacientes pudessem expressar o que estavam sentindo, trazendo certo alívio, pois muitas vezes não há esta liberdade junto com seus familiares.



Descritores: Educação. Saúde. Lesões. Autoimagem.

REFERÊNCIAS

CAMARGO, SILVA, SOARES, WOLF, GONÇALVES **Abordagens Grupais Em Saúde Coletiva:** A visão de usuários e de profissionais de enfermagem. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Jan/Mar 2012.

FERREIRA, M, A; BOGAMIL, D, D; TORMENA, C . **O enfermeiro e o tratamento de feridas:** em busca da autonomia do cuidado. Três Lagoas, 2008, julho – setembro.

BLANES, L. **Tratamento de feridas.** Baptista-Silva JCC, editor. Cirurgia vascular: guia.

VISITA DOMICILIARIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

GALVANI, Patrícia Vielmo¹

MUSACCHIO, Dayra Nunes²

SANTOS, Natiéle Costa³

CARVALHO, Sandra Ost Rodrigues Martins⁴

INTRODUÇÃO: Realizado estágio da disciplina de Saúde Coletiva I, aconteceu na cidade de Santiago/RS, pelas acadêmicas da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões do Curso de Enfermagem, com o acompanhamento da Docente Junior. Neste contexto, a Visita Domiciliaria deve ser compreendida como importante tecnologia no cuidado à saúde da família, sendo apontada como eixo transversal que passa pela universalidade, integralidade e equidade. Pode se destacar a visita domiciliaria como prática que atende ao princípio da integralidade e de promoção da autonomia dos usuários favorecendo a proximidade para o acompanhamento, conhecimento e reconhecimento das famílias em suas necessidades de saúde. (MARIN et al, 2011). O Sistema Único de Saúde (SUS) possui valores que conduzem à assistência à saúde, sendo que uma das ferramentas utilizadas para isso são as visitas domiciliárias, que têm como principal ação a assistência integral à saúde da população (GIACOMOZZI, LACERDA, 2006). A visita domiciliaria é de fundamental importância, pois facilita o planejamento da assistência, de intervenções no processo saúde/doença de indivíduos ou de ações visando à promoção de saúde, além de melhorar o vínculo entre profissionais e usuários. (FADEL; MOURA; BITTENCOUR; TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2011). A formação dos profissionais de saúde, não só deve apenas buscar ser referência no diagnóstico, cuidado e tratamento, mas também, nas condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, redimensionando o desenvolvimento da sua autonomia, até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). **OBJETIVO:** Relatar a vivência das acadêmicas em estágio curricular da disciplina de Saúde Coletiva I do

¹ Autora e relatora. Graduando do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.

² Autora. Graduando do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.

³ Autora. Graduando(a) do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.

⁴ Orientadora. Docente do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.



Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões – URI Câmpus Santiago. MÉTODO: Trata-se de um relato de experiência de estagio curricular de Saúde Coletiva, onde realizaram-se três visitas a um usuário da atenção básica e portador de ferida crônica. Portanto, esta explanação servirá para fornecer reflexões sobre a temática atuação do enfermeiro em saúde coletiva. RESULTADOS E DISCUSSÃO: na primeira e na segunda visita, foi feita integração por meio de conversa, ele relatou que era auxiliar de enfermagem, trabalhou em cooperativas e área rural onde adquiriu a ferida que faz quinze anos, contou também do mau atendimento no ESF do seu bairro que propiciou uma piora da sua ferida, depois, por meio de uma indicação buscou o CEPP, desde então frequenta o centro de práticas há dois anos, referiu melhor e elogios ao serviço prestado. E de acordo com Moraes, Oliveira e Soares (2008), o profissional de enfermagem possui um papel importante quando se refere ao tratamento de feridas, uma vez que possui maior contato com o mesmo, acompanhando a evolução da lesão, orientando e executando o curativo. Logo em seguida, verificamos a pressão arterial que estava um pouco elevada, falou então, que após a morte de sua esposa, tornou-se hipertenso e está fazendo uso de anti-hipertensivo. No último dia, decorrente dos transtornos por causa dos temporais, tivemos apenas uma conversa, depois propusemos a ele a fazer uma horta horizontal com garrafas PET, nós acadêmicas realizarmos essa atividade, pois ele queixou-se de dor na ferida que estava infeccionada em decorrência de ter secado sua casa que ficou alagada. Por último, feito orientações acerca da ferida, tiramos uma foto e nos despedimos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Nesse período de construção e grande aprendizado, concluímos que a visita domiciliar é de grande importância para criarmos vínculo e realizar as ações de promoção e educação em saúde, identificar as reais necessidades e condições do indivíduo e logo, incentivar sua autonomia e corresponsabilidade.

Descritores: Visita Domiciliar. Saúde da Família. Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS

FADEL, C.B.; MOURA, A.M.G, BITTENCOURT, M.E.; Visitas domiciliares no programa de agentes comunitários de saúde: a análise de um grupo de usuários do sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.13, n.2, p. 62-67, 2011.

MARIN, M.J.S; GOMES, R.; JUNIOR, A.C.S; NUNES, C.R.R; CARDOSO, C.P; OTANI, M.P; MORAVCIK.; O sentido da visita domiciliar realizada por estudantes de medicina e



enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.11, Rio de Janeiro, 2011.

MORAIS, G, F, C.; OLIVEIRA, S.H.S.; SOARES, M.J.G.O. **Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública**. v. 17, n. 1, Florianópolis , 2008.

ROMANHOLI, Z.M.R.; CYRINO, G.E.; **A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer**. *Interface – Comunicação, saúde, educação*. v.16, n.46, São Paulo, 2016.

EIXO TEMÁTICO:

ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

VIVÊNCIAS DE ACADÊMICAS NA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA: UM DESAFIO

BERNARDI, Camila Milene Soares¹

CARVALHO, Amanda Steinstrasser²

SOARES, Andiara Luiz Ramos³

LANÇANOVA, Josiane Grippa⁴

CARVALHO, Sandra Ost Rodrigues Martins⁵

INTRODUÇÃO: A Reforma Psiquiátrica iniciou no Brasil a partir da década de 1970, em prol de novas propostas e gestão nas práticas da saúde mental, onde surgiram possibilidades de um novo olhar para a assistência aos pacientes com sofrimento psíquico, garantindo o exercício de seu direito à cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Segundo a Lei Federal 10.216, artigo 4º: “A internação ou qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. No entanto após esta lei, a assistência em saúde mental, teve uma redução de leitos psiquiátricos em hospitais e uma nova assistência extra-hospitalar, a qual permite também ao paciente ser cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Neste contexto, a enfermagem faz parte de uma equipe multidisciplinar da psiquiatria, em que algumas de suas metas são proporcionar relacionamento terapêutico, consulta de enfermagem e auxiliar na redução de internações psiquiátricas, com intuito ao resgate do paciente nos espaços sociais. **OBJETIVO:** Relatar as experiências das práticas da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, vivenciadas por acadêmicas do IV semestre de enfermagem, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I-Nossa Casa), CAPS Álcool e outras Drogas situadas na cidade de Santiago e na Unidade Psiquiátrica localizada no Hospital Santa Casa de Caridade de Alegrete. **MÉTODO:** Trata-se de vivências realizadas no CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), CAPS I Nossa Casa (Centro de Atenção Psicossocial), no período de 14 a 21 de outubro de

¹ Autora e relatora. Graduando do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.

² Autora. Graduanda do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.

³ Autora. Graduanda do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.

⁴ Autora. Graduanda do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.

⁵ Orientadora. Docente do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.



2015, na cidade de Santiago/RS, por meio de oficinas terapêuticas e diálogos, juntamente com os usuários e a supervisora de estágio. E no Hospital Irmandade da Santa Casa de Caridade de Alegrete, no dia 30 de outubro de 2015. Todos os estágios foram realizados durante o turno matutino, completando a carga horária do estágio supervisionado da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As atividades realizadas no Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras drogas e Nossa Casa I, consistiram em rodas de conversas relacionadas à demanda dos usuários, jogos variados, compartilhamento de lanches, caminhadas na praça municipal Rubem Lang, entre outras. Notou-se a importância para a enfermagem do estabelecimento de vínculos com os usuários presentes nestes âmbitos, como também a relevância de um relacionamento terapêutico eficaz com os mesmos. O período deste estágio trouxe muitas inquietações e experiências, pois em primeiro momento tivemos o contato com a estrutura desses ambientes, com os usuários, onde se oportunizou conhecer a realidade, o dia a dia, as atividades oferecidas, diversidade de situações e culturas. Para nós acadêmicas emergiam diversos sentimentos e pensamentos que tivemos que ultrapassar, como medo, dúvida, aproximação, comunicação. A partir disso chegamos a resultados significativos da importância do convívio presente. Andrade e Pedrão (2005) referem que o papel do enfermeiro hoje é o de agente terapêutico e a base dessa terapia é o relacionamento com o paciente e a compreensão do seu comportamento. Baseando-se nisso, se acredita que o objetivo da enfermagem psiquiátrica não é apenas o diagnóstico clínico ou a intervenção medicamentosa, mas junto a isso estar ciente do compromisso com a qualidade de vida cotidiana do indivíduo em sofrimento psíquico. Realizaram-se conversas e jogos com os usuários, além de realizar a consulta de Enfermagem que serviu como experiência para conhecermos melhor a história de cada usuário. Na prática na Unidade Hospitalar Psiquiátrica como referida anteriormente, conseguimos conhecer as particularidades existentes no local, com o intuito de estabelecer uma comunicação, trocas de saberes e conhecimentos. Além das atividades de enfermagem realizadas no período da tarde, como controle dos sinais vitais, saber as intervenções de terapias medicamentosas, também foi realizado a consulta de enfermagem, registrando-se todas as informações para melhorar a qualidade e eficaz desta assistência em enfermagem (VIDEBECK, 2012). A partir disso, concordamos com Villela e Scatena (2004), quando dizem se percebe que a enfermagem pode desenvolver ações de reabilitação que visam ajudar o doente a lidar com a realidade, compreender a dinâmica de suas relações, reconhecer e admitir suas habilidades, capacidades e potencialidades, bem



como aceitar, enfrentar e conviver com suas limitações. Por meio dessas vivências, percebemos que há uma rede de interligação entre os serviços da área da saúde, que buscam uma qualidade de atendimento e resultados perceptíveis de um bom acompanhamento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** Ao chegarmos ao fim das atividades práticas de Enfermagem Psiquiátrica, concluímos que foram um sucesso, êxito e os objetivos foram alcançados. Foram compreendidas e estudadas de forma relativa às necessidades de cuidado e atenção aos usuários, sendo um período de aprendizado com os próprios. De certa forma foram encontradas algumas barreiras, necessidades e dificuldades nas atividades propostas, pois nem sempre era aceita a realização do mesmo, deixando de lado, mas resolvidas com muita compreensão, pois sabemos da importância que eles apresentam nas atividades do seu dia a dia. Portanto, a Enfermagem no âmbito Psiquiátrico apresenta posições discursivas onde relatam a necessidade crítica e de negação, além da importância para repensar as relações estabelecidas entre os usuários envolvidos com as atividades para uma mudança de transformação da assistência psiquiátrica no mesmo.

Descritores: Enfermagem Psiquiátrica. Assistência de Enfermagem. Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Rubia Laine de Paula; PEDRÃO, Luiz Jorge. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 13(5), 737-42, Set./Out. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 31 de Out. de 2015.

VIDEBECK, S.L.; **Enfermagem Em Saúde Mental e Psiquiatria**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

VILLELA, Sueli de Carvalho; SCATENA, Maria Cecília Moraes. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, 57(6), p. 738-41, Nov./Dez. 2004.

EIXO TEMÁTICO:

ATENÇÃO MATERNO INFANTIL

A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE A GESTANTE PORTADORA DE SÍFILIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

MANGANELLI, Rigielli Ribeiro¹

SERRES, Walkiria Paz²

CARVALHO, Janaína Silva³

CAMPOS, Mírian Lucia Dutra de⁴

EBLING, Sandra Beatris Diniz⁵

INTRODUÇÃO: De acordo com o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2012), a sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, conhecida desde o século XV. Nos últimos anos, o aumento do número de casos tem sido significativo no Brasil, com prevalência em gestantes de 1,6% e estimativas de que 12 mil crianças tenham nascido com sífilis congênita. Desta forma, a possibilidade de erradicação encontra-se na prevenção dos casos, através da assistência pré-natal, com o diagnóstico precoce e o tratamento adequado que, apesar de fácil diagnóstico, tratamento barato e eficaz, ainda se mantêm como um problema de saúde pública. Nesse contexto, o diagnóstico laboratorial desempenha papel fundamental no combate à sífilis, pois permite a confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento (DOMINGUES et al., 2013; CAMPOS et al., 2012; BRASIL, 2012). Neste sentido, através de programas e políticas, o MS tem instituído medidas para reduzir a transmissão da sífilis e suas consequências. Tais estratégias têm se intensificado com a Rede Cegonha e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que asseguram às mulheres e crianças o cuidado integral, o direito à atenção obstétrica e neonatal, de forma qualificada e humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. Para isto, tem-se ampliado o acesso aos testes rápidos de sífilis e Human Immunodeficiency Vírus (HIV) na atenção primária em saúde e preconizado a realização do exame de Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) durante a assistência

¹ Autora e relatora. Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- URI Câmpus de Santiago, RS. E-mail: rigiellimanganelli@hotmail.com

² Autora. Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- URI Câmpus de Santiago, RS.

³ Autora. Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- URI Câmpus de Santiago, RS.

⁴ Orientadora. Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- URI Câmpus de Santiago, RS.

⁵ Orientadora. Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.



pré-natal (FIGUEIREDO et al., 2015; BRASIL, 2012; CAMPOS et al., 2012). Neste aspecto, observa-se que embora exista uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita. Frente a este cenário, o trabalho tem por OBJETIVO: Relatar uma vivência de discentes de enfermagem frente às implicações do cuidado à gestante portadora de sífilis na maternidade em busca de ações de enfermagem respaldadas no conhecimento. MÉTODO: Trata-se de um relato de experiência desenvolvido por discentes do oitavo semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões – URI Câmpus de Santiago/RS frente às atividades práticas da disciplina de Saúde da Mulher, desenvolvidas na maternidade de um Hospital da Região Central do Rio Grande do Sul, no mês de abril de dois mil e dezesseis. RESULTADOS E DISCUSSÕES: A partir das vivências na maternidade, identificou-se a presença de casos de sífilis em gestantes e em recém-nascidos. Entende-se que se trata de uma infecção causada por transmissão sexual ou vertical que pode causar respectivamente a forma adquirida ou congênita, resultante da disseminação hematogênica do *treponema pallidum*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária (BRASIL, 2012). Domingues et al. (2013) reforçam a validade dos protocolos assistenciais vigentes e a importância do tratamento das gestantes com diagnóstico de sífilis, para a redução de casos e de desfechos perinatais negativos tais como natimortalidade, prematuridade mortalidade neonatal. Quanto à classificação da sífilis adquirida considera-se recente quando for menos de um ano de evolução, sendo classificada em primária, secundária e latente recente e tardia, com mais de um ano de evolução, classificada como latente tardia e terciária. Sabe-se que a infecção do feto depende do estágio da doença na gestante, ou seja, quanto mais recente a infecção materna, maior é o risco de comprometimento fetal, na fase primária e na secundária, o risco de infecção fetal varia de 70% a 100%, enquanto nas fases latente tardia e terciária chega a 30%. Assim, o MS preconiza que durante a assistência pré-natal toda gestante seja submetida a exames de VDRL, um por ocasião da primeira consulta e outro por volta da 30ª semana gestacional e também no momento da internação hospitalar, para garantir ao recém-nascido a possibilidade de tratamento precoce (CAMPOS et al., 2012; BRASIL, 2012). Constatou-se a identificação de altos índices de sífilis no momento da internação, após a realização do teste rápido. Neste contexto, segundo o Caderno de Atenção ao Pré-Natal de baixo Risco trata-se de um agravo de notificação compulsória, considerado um marcador da qualidade da assistência à saúde



materno-fetal pela redução efetiva do risco de transmissão transplacentária. Portanto, a notificação representa um excelente indicador de atenção pré-natal e puerperal de qualidade tanto para a saúde materna quanto neonatal (FIGUEIREDO et al., 2015; BRASIL, 2012). Quanto ao diagnóstico, pode ser clínico, laboratorial e através de testes sorológicos, o mais utilizado é o VDRL. O tratamento é realizado basicamente com penicilina benzatina com dosagem adequada a fase em que se encontra a doença, também é a única droga que atravessa a barreira placentária e trata também o feto (BRASIL, 2012). Em se tratando da presença de uma Doença Sexualmente Transmissível (DST), essa condição se agrava, devido à possibilidade da transmissão vertical. Neste contexto, realizaram-se orientações de enfermagem às gestantes e seus parceiros sobre a doença, bem como a sua prevenção através do uso de preservativos, enfatizando a importância da realização do pré-natal e do tratamento indicado. Assim, o enfermeiro deve promover o cuidado singularizado de maneira integral, através das atividades centradas no fenômeno biológico da gestação e do conhecimento do contexto sociocultural das gestantes para o uma atenção qualificada e humanizada, que crie condições que impulsionem a autonomia da gestante e promova um elo de confiança e vínculo. Nesta perspectiva, deve-se ter atitudes de compartilhamento e dialógicas que favoreçam o acolhimento e identificação conjunta com a paciente de estratégias de negociação também com o parceiro, pois segundo estudos realizados no Brasil, evidenciou-se que a falta de tratamento dos parceiros sexuais é um dos principais entraves para o controle da sífilis congênita (ALVES et al., 2015; CAMPOS et al., 2012). Diante do exposto, enfatiza-se a importância do embasamento científico e prático para realizar as atividades de maneira eficaz diante do manejo das gestantes e de seus parceiros sexuais, a fim de auxiliá-los na adesão ao tratamento a partir de orientações sobre a doença e conscientização dos efeitos no feto, de modo a promover o acesso aos serviços de saúde. Assim, para melhor assistência aos casos de sífilis na gestação, torna-se fundamental a adesão dos profissionais aos protocolos assistenciais, maior acesso a capacitações e manuais, a fim de propiciar o conhecimento da situação epidemiológica da sífilis e realização correta das condutas assistenciais através de conhecimentos tanto fisiologia quanto dos aspectos socioculturais das mulheres (DOMINGUES et al., 2013). **CONCLUSÕES:** A elaboração deste estudo oportunizou associar a teoria estudada com a vivência experimentada na maternidade, através de reflexões acerca dos cuidados e condutas prestados às gestantes e recém-nascidos portadores deste agravo. Entende-se que a sífilis congênita representa um problema de saúde pública, pois



apesar de ter sido erradicada durante anos, retorna ao século XXI. Neste contexto, trata-se de um problema antigo que ainda permanece na atualidade e que, apesar de existirem políticas voltadas para DST e acompanhamento das gestantes, os casos ainda se fazem presentes na sociedade e causam grande impacto na vida da mãe e do filho, trazendo inquietações aos profissionais e discentes inseridos no contexto das maternidades. Assim, percebe-se que a recidiva da sífilis na gestação vem de encontro com fragilidades na assistência prestada na atenção primária durante o pré-natal, pois é visto que a sífilis na gestação requer intervenção imediata e qualificada, para que se reduza a possibilidade de transmissão vertical. Portanto, salienta-se a importância do enfermeiro no rastreamento da sífilis no pré-natal e na realização de ações de educação em saúde efetivas que modifiquem comportamentos.

Descritores: Saúde da Mulher. Cuidados de Enfermagem. Sífilis.

REFERÊNCIAS

ALVES, Camila Neumaier; WILHELM, Laís Antunes; BARRETO, Camila Nunes et al. Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 19 (2), 265- 271, Abr./Jun. 2015.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Caderno de Atenção Básica, nº 32.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF), 2012.

_____. **Realização do teste rápido para HIV e sífilis na atenção básica e aconselhamento em DST/ Aids.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Rede Cegonha. Brasília, 2012.

CAMPOS, Ana Luiza de Araújo; ARAÚJO, Maria Alix Leite; MELO, Simone Paes de et al. **Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual.** Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz – IPEC-FIOCRUZ- Rio de Janeiro, 2012.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LAURIA, Lilian de Mello; SARACENI, Valeria; LEAL, Maria do Carmo. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS no município do Rio de Janeiro. **Revista Ciências e Saúde Coletiva** 18 (5), p, 1341-1351, 2013.

FIGUEIREDO, Mayanne Santana Nóbrega; CAVALCANTE, Edilma Gomes Rocha; OLIVEIRA, Célida Juliana de et al. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. **Revista RENE**, 16 (3), p. 345-54, Maio/Jun. 2015.

REVISÃO NARRATIVA ACERCA DA ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO: REFLEXÕES E DESAFIOS

SERRES, Walkiria Paz¹

MANGANELLI, Rigielli Ribeiro²

PIESZAK, Greice Machado³

INTRODUÇÃO: Conforme o caderno de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo global da humanização do nascimento propõe colocar a mulher em posição de destaque em que ela seja a protagonista de todo o evento fisiológico que envolve o parto, ou seja, respeitar seu corpo, valores e desejos. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi substituído em 2004 pela Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2014). A assistência humanizada ao parto implica na atuação de profissionais da saúde que devem contribuir de forma respeitosa, sem intervir desnecessariamente e oferecer suporte emocional tanto à mulher como para sua família (SANTOS; OKAZAKI, 2012). De acordo com Leal e Gama (2014), nascer no Brasil não ocorre de forma natural nem para pobres e nem para ricos, pois se o nascimento ocorre em locais públicos o parto vaginal sofre excesso de intervenções e se o mesmo ocorre em locais privados é agendada uma cesariana que muitas vezes é desnecessária. Desde 1985, é considerado pela comunidade médica internacional que a taxa ideal de cesarianas seria entre 10% e 15%, porém esse procedimento tem se tornado frequente. Quando tal procedimento é realizado por motivos clínicos embasados cientificamente, sabe-se que a indicação é real e reduzirá a morbimortalidade materna e fetal, no entanto quando se trata de uma intervenção eletiva, não há evidências de que essa cirurgia traga benefícios (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). A problemática surge a partir do aumento significativo das cesarianas eletivas, ou seja, sem indicação clínica. Com isso, emerge a preocupação com o rumo que os nascimentos têm tomado. Neste sentido, justifica-se a escolha do tema pela necessidade da realização de um estudo de revisão narrativa acerca das publicações que abordem a assistência de enfermagem no processo de parturição. **OBJETIVO:** Analisar as

¹ Autora e relatora. Graduanda do 8º semestre do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- Campus de Santiago, RS. E-mail: walkiria.paz@gmail.com.

² Autora. Graduanda do 8º semestre do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.

³ Orientadora. Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.



publicações existentes acerca da assistência de enfermagem no processo de parturição e refletir sobre a importância da atuação do profissional de enfermagem no cenário da humanização do parto. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura. A coleta de dados foi realizada no mês de abril de 2016. Utilizaram-se a base de dados Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e os descritores “Parto humanizado” e “Cuidados de enfermagem”, testados previamente nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), utilizou-se o operador booleano “and”. Encontraram-se 24 produções às quais se aplicaram os critérios de inclusão e de exclusão. Restaram 10 artigos para análise, que se embasou na Análise de Conteúdo Temático de Minayo (2014). A partir da análise emergiram duas categorias: O cuidado de enfermagem no parto humanizado e Visão das puérperas sobre a assistência recebida. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Em relação aos cuidados, os estudos evidenciaram a atuação dos profissionais de enfermagem como fatores contribuintes e significativos para o bom desenvolvimento do parto humanizado. A partir da análise destacou-se que profissionais de enfermagem estabelecem práticas de cuidado humanizado e que consideram a cidadania das mulheres. Em um dos estudos dá-se ênfase na ideia de que enfermagem deve se qualificar para atender as demandas que o parto humanizado requer, com essa concepção destaca-se a importância da formação de profissionais que trabalhem com práticas baseadas em evidências científicas e em lugares adequados. Em um estudo de análise do cuidado realizado por enfermeiras que atuam em sala de parto, obteve-se que as mesmas entendem que o processo de humanização engloba, não somente atribuição do profissional de enfermagem, mas sim de toda a equipe de saúde e que a família deve estar inserida nesse evento. No Brasil, é garantido pela lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que a parturiente tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Os estudos analisados descrevem os critérios usados pela enfermagem para promover um ambiente de relaxamento às parturientes, tal ação é caracterizada por um cuidado especial e de grande valia. Para as enfermeiras obstétricas participantes dos estudos, revelou-se importante a realização do cuidado em um ambiente de relaxamento que respeite os direitos das mulheres. Em concordância com o assunto, os autores Pieszak et al. (2015) afirmam que torna-se relevante destacar o planejamento das ações de enfermagem, bem como a sua execução como fatores importantes na prestação de uma assistência direta, individual e humanizada no processo de parto. O processo de parturição caracteriza-se pela necessidade de



que o acompanhamento ocorra de forma singular, em que esteja presentes a confiança e a segurança entre o profissional enfermeiro e a mulher, o que torna fundamental a atenção qualificada e humanizada contribuindo para a manutenção da saúde materno e neonatal (PIESZAK et al., 2015 apud MILBRATH et al., 2010). Em relação à visão das puérperas sobre a assistência recebida, alguns dos artigos analisados os autores referem-se aos relatos das puérperas sobre a vivência sofrida no processo de parto, bem como as suas opiniões sobre os cuidados recebidos e importância da assistência de enfermagem nesse contexto. Nesta perspectiva, um dos estudos afirma que os depoimentos contribuíram para promover a reflexão e futuras mudanças nos cuidados prestados pela enfermagem e toda a equipe de saúde, além disso, as puérperas destacaram que foram fundamentais os cuidados ofertados pela enfermagem nos seus partos. Ainda, destacou-se que os componentes que integram o cuidado de enfermagem no processo parturitivo são complexos e inter-relacionados e por esse motivo devem ser inseridos na formação dos profissionais de enfermagem e da saúde. Nesse sentido, torna-se importante que os profissionais da área da saúde tenham uma formação humanística. A partir da análise dos estudos destacou-se que o conhecimento da opinião das mulheres puérperas contribui para a adaptação dos métodos de cuidado e conforto a fim de proporcionar um trabalho de parto humanizado e reforçar os laços de confiança da parturiente em si mesma e na equipe para facilitar o parto normal. Alguns dos autores referem-se aos relatos das puérperas durante o trabalho de parto e parto, os quais evidenciaram a necessidade das mulheres de receberem apoio nos momentos de dificuldade, assim, os cuidados de enfermagem foram citados pelas mesmas como essenciais, mesmo nos procedimentos de rotina e outras técnicas de cuidado e medidas de conforto não farmacológicas. Em concordância com o achado dos estudos torna-se imprescindível que a enfermagem exerça um cuidado humanizado sem preconceitos e com o mínimo de interferências possíveis durante o parto, para que seja realizada uma assistência acolhedora e livre de qualquer dano (ALMEIDA; GAMA; BAHIANA, 2015). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O presente estudo possibilitou conhecer as produções acerca da humanização do parto, o qual destacou a importância do papel dos profissionais de enfermagem na assistência ao parto humanizado na promoção de conforto, segurança e um ambiente favorável para o acontecimento do mesmo. Nesse sentido, é necessário que os profissionais e instituições estejam preparados para atuar neste cenário, pois os profissionais de saúde têm papel fundamental na implementação do parto humanizado e que suas práticas e cuidados prestados agregam de maneira significativa



para um assistência segura e de qualidade. Conclui-se que a enfermagem enquanto profissão pode e deve assegurar a prestação deste cuidado e atuar na obstetrícia de forma a mudar o conceito do parto medicalizado, pois é uma classe competente que tem como base a formação humanística e transformadora.

Descritores: Parto Humanizado. Cuidados de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA O. S. C.; GAMA E. R.; BAHIANA P. M. **Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros.** Revista Enfermagem Contemporânea. 2015 Jan./Jun.;4(1):79-90.

BRASIL. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4).

LEAL M. D.C.; GAMA S. G. N. **Nascer no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup: S5-S7, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração sobre Taxas de Cesáreas. Genebra, 10 de abril de 2015.** Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 12/04/2016.

PIESZAK G. M. et al. Percepção da equipe de enfermagem quanto à dor da parturiente: perspectivas para o cuidado. **Rev Rene.** 16(6), 881-9, Nov./Dez. 2015.

SANTOS I.S; OKAZAKI E.L.F.J. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Rev Enferm UNISA.** 13(1): 64-8,2012.

EIXO TEMÁTICO:

ENSINO, PESQUISA E FORMAÇÃO
EM SAÚDE

RELATO DE EXPERIÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO DE UM ACADÊMICO DE ENFERMAGEM NO CURSO DE RESGATE AEROMÉDICO

ZORZI, Matheus¹

MACHADO, Letícia Martins²

INTRODUÇÃO: O atendimento pré-hospitalar surgiu com a necessidade de retirada dos combatentes feridos em campos de batalhas nas primeiras guerras, ainda que por meio de locomoção com tração animal. Ao passar do tempo e com a tecnologia cada vez mais avançada, hoje se tem a possibilidade de um atendimento pré-hospitalar por meio de ambulâncias e até mesmo com auxílio de aeronaves, que se denomina resgate aeromédico. O resgate aeromédico no Brasil teve início em 1988 no estado do Rio de Janeiro coordenado e operado pelos bombeiros militares daquele estado (ROCHA, et al. 2003). A equipe de resgate deve possuir formação acerca dos problemas específicos que podem ocorrer durante o resgate aeromédico, para que saibam como atuar em casos de possíveis intercorrências (SANTIAGO; TEIXEIRA; SANTOS, sd). A especialização de enfermeiros para agir diante do paciente aerorremovido é um desafio para a enfermagem. O enfermeiro que trabalha com aeromédico necessita conhecimento sobre fisiologia de voo - que são as respostas do corpo humano às alterações de pressão atmosférica, temperatura e volume, decorrentes do voo e que são fundamentadas nas leis físico-gasosas, determinando como o organismo responde a essas alterações e seus efeitos sobre a tripulação aeroespacial (SCHWEITZER, et al. 2011).

OBJETIVO: este trabalho tem por objetivo relatar a experiência de um acadêmico de enfermagem como participante em um curso de resgate e transporte aeromédico. **MÉTODO:** Relato de experiência acerca da participação de um acadêmico de enfermagem do VI semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões em um curso de resgate e transporte aeromédico. O curso ocorreu no mês junho de 2016 na cidade de Canela/RS, com duração de 40 horas e foi ministrado por equipe do Centro de Treinamento Aeromédico (CETRAER) da cidade de Porto Alegre/RS. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** durante o curso, teve-se a oportunidade de visitar o batalhão de aviação da

¹ Autor e Relator. Graduando do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS. E-mail: matheuszorzi@hotmail.com

² Orientadora. Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.



Brigada Militar do estado do Rio Grande do Sul, onde aprendeu-se sobre as aeronaves que são utilizadas para realizar os resgates aqui no estado. Após, a turma deslocou-se para cidade de Canela/RS onde houve instruções teóricas e práticas sobre resgate e transporte aeromédico, abordando os seguintes assuntos: historia do transporte aeromédico; noções de aviação teórico/pratico; cuidado no transporte; atmosfera e fisiologia de altitude; hipoxia e disbarismo, sobrevivência, dissincrose e aerocinetose, resgate e transporte; voos de helicópteros; preparação e avaliação do paciente aereoressgatado; fisiologia de voo; estresse de voo; rapel tático e de resgate; resgate em ribanceira. E ao término do curso fomos submetidos a um simulado prático avaliativo envolvendo os assuntos trabalhados no curso no qual deveríamos lograr êxito para sermos aprovados e certificados a exercer resgate e transporte aeromédico. O enfermeiro de bordo, que é o profissional de enfermagem que trabalha em aeronaves, é recente no Brasil, existindo poucos cursos específicos na área e a grande maioria das vezes também tem sua formação voltada para a emergência, com experiência apenas em cuidados a pacientes graves, que se encontram nas emergências e nas Unidades de Terapia Intensivas, deixando uma lacuna no aprendizado para profissionais do resgate aeromédico (SCHWEITZER, et al. 2011). Algumas questões devem ser consideradas, como por exemplo, a redução da pressão atmosférica com correspondente diminuição na pressão parcial alveolar de oxigênio e saturação arterial de oxigênio, com necessidade de O₂ mais elevado para manter oxigenação; aumento de hemorragia, aumento de edemas; diminuição no ritmo de fluxo dos fluidos endovenosos, com necessidade de recurso a bombas de infusão; entre tantos outros. Assim, percebe-se que há diversos tipos de intercorrências que podem ocorrer durante o resgate aéreo deixando implícitas a necessidade de a equipe estar adequadamente treinada e estar preparada para agir imediatamente nas possíveis complicações do paciente (SANTIAGO; TEIXEIRA; SANTOS, sd). Alguns aspectos importantes que o enfermeiro de bordo deve saber sobre fisiologia de voo: a atmosfera está dividida em quatro zonas fisiológicas que são elas; zona eficiente- que vai do nível do mar ate 12.000 pés e as funções fisiológicas permanecem normais. Zona deficiente- de 12.000 a 50.000 pés de altitude onde ocorre drástica queda de pressão e temperatura já ocorrendo alterações fisiológicas. Zona parcialmente equivalente ao espaço- de 50.000 a 120.000 pés onde forças gravitacionais já afetam o corpo. Zona equivalente ao espaço- acima de 120.000 pés, ocorrendo ausência de peso. Bem como o helicóptero é uma aeronave despressurizara tripulantes e vitima podem sofrer com os efeitos da altitude, um desses efeitos é a descompressão, ou seja, alteração



orgânica produzida pela pressão barométrica a qual sua consequência clínica mais grave é a hipóxia. Há dois tipos de doenças por descompressão, a primeira é caracterizada pela lei Boyle na qual o volume de um gás varia inversamente com a pressão quando a temperatura se mantém constante causando sequestro de gás nas cavidades do corpo, e, a segunda é a lei de Henry o gás sequestrado nas cavidades é dissolvido no sangue e liberado. As manifestações clínicas e sinais de descompressão são classificadas em quatro áreas; articulações, sistema respiratório, pele e sistema nervoso central. O estresse de voo também é uma situação que a tripulação de bordo e paciente estão acondicionados, o organismo reage na forma de defesa ou compensação, a primeira fase é a de reação de alarme onde o corpo se prepara pra lutar contra os efeitos, se o estresse for prolongado caminhará para segunda fase, chamada de fase de esgotamento, onde além dos danos causados no organismo do tripulante poderá ocorrer prejuízo no tratamento ao paciente. Os principais fatores estressante de voo são: mudança de clima; alimentação; vibração e ruídos; cruzamento de fusos horários; baixa umidade do ar na cabine; fadiga aérea (que pode ser aguda ou crônica). O termo aerodilatação é usado para expressar a expansão gasosa nas cavidades do corpo devido a baixa pressão barométrica, que pode causar no paciente barodontalgia, barotite media, barossinusite, barobarotrauma (REIS et al. 2000). CONSIDERAÇÕES FINAIS: conclui-se a partir do relato de experiência da participação no curso de resgate e transporte aeromédico que o conhecimento científico e habilidades práticas do enfermeiro de bordo e equipe de resgate é de suma importância para o tratamento da vítima aerorremovida. A avaliação da vítima ainda em terra é extremamente valiosa pra ocorrer uma remoção com mais segurança e poder prever possíveis intercorrências durante o voo, embora ainda sejam poucas as oportunidades de qualificação profissional para os integrantes de equipes de resgate aéreo no Brasil, pois ainda é uma modalidade de atendimento pré-hospitalar nova no país e exige investimentos caros em equipamentos e qualificação profissional. Porém, com a demanda de resgates aéreos e seus benefícios para a vítima esse assunto terá uma conotação de maior importância para os governos nos próximos anos, sendo passível de maior investimento em ensino e pesquisa no assunto.

Descritores: Enfermagem. Formação Profissional em Saúde. Resgate Aéreo. Transporte aéreo de pacientes.



REFERÊNCIAS

REIS, Maria Cristina Ferreira et al. Os efeitos da fisiologia aérea na assistência de enfermagem ao paciente aerorremovido e na tripulação aeromédica. **Acta Paul Enf.** v.13, n.2, p.16-25, 2000.

ROCHA, Patrícia Kuerten et al. Assistência de enfermagem em serviço pré-hospitalar e remoção aeromédica. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.56, n.6, p.695-98, 2003.

SANTIAGO, Júlio César Cavalcanti; TEIXEIRA, Cláudia Maria Alves; SANTOS, Eriegly de Sousa. **Atuação da enfermagem na remoção aeromédica: uma revisão bibliográfica.** São Paulo: Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva, sd.

SCHWEITZER, Gabriela et al. Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial à pacientes traumatizados – cuidados durante e após o voo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n.3, p.478-85, 2011.

EIXO TEMÁTICO:

GESTÃO E GERÊNCIA DOS

SERVIÇOS DE SAÚDE

NÍVEL DE COMPLEXIDADE DE PACIENTES DE UMA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SANTOS, Gabrieli Santos dos¹

D'AVILA, Juliana Dias²

JACQUES, Silvia Natália Martins³

MACHADO, Leticia Martins⁴

INTRODUÇÃO: Na atualidade a enfermagem necessita de profissionais capacitados para a prestação de cuidados em saúde, pois, com o passar do tempo o grau de complexidade dos pacientes internados em unidades hospitalares está aumentando, devido à descoberta de novas patologias, assim exigindo uma maior disponibilidade no quantitativo de pessoal. Por esse motivo, torna-se necessária a avaliação contínua do quadro de profissionais em relação à carga de trabalho (BRITO e GUIARDELLO, 2012). Segundo a Lei nº 7.498/86, art. 11º, compete privativamente ao Enfermeiro a direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem, cabendo a ele planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços de assistência de Enfermagem. Neste sentido, cabe ao enfermeiro gerenciar a carga de trabalho de sua equipe, permitindo-lhe usar seu conhecimento científico para um melhor planejamento, distribuindo e controlando a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem. Para isso podem ser utilizados métodos que avaliam o nível de complexidade dos pacientes, fazendo com que o enfermeiro gerencie e dimensione seu quadro de enfermagem. O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), além de permitir avaliar o grau de complexidade de cada paciente é capaz de qualificar o atendimento, pois proporciona o correto dimensionamento da equipe, classificando cada paciente, com um grau de cuidado a ser prestado (BRITO e GUIARDELLO, 2012). **OBJETIVO:** conhecer a complexidade dos pacientes de uma unidade clínica médica para refletir acerca do dimensionamento de pessoal. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência realizado na unidade clínica médica do

¹ Autora e relatora. Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Uri Câmpus Santiago.

² Autora. Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Uri Câmpus Santiago.

³ Autora. Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Uri Câmpus Santiago.

⁴ Orientadora. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Uri Câmpus Santiago. Responsável pelo Estágio Supervisionado I.



Hospital de Caridade de Santiago pelas acadêmicas do IX semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (Uri) - Câmpus de Santiago/RS, em março do ano de dois mil e dezesseis, durante o estagio Supervisionado I. A unidade é composta por 29 leitos, sendo que o instrumento foi aplicado em 27 pacientes, em um período de uma semana. Foi utilizada a escala de Schein/Rensis Likert proposto pela Resolução COFEN 293/04 para avaliar o nível de complexidade dos pacientes lá internados. Este instrumento é composto por dez áreas de cuidado: Estado mental; Sinais Vitais; Deambulação; Motilidade; Oxigenação; Eliminação, Alimentação; Terapêutica; Integralidade cutânea mucosa; Cuidado corporal. Cada uma dessas áreas recebe uma pontuação de um a cinco, e a somatória desses pontos pode variar de dez a cinquenta. Sendo de dezessete cuidados mínimos, de dezoito a vinte e oito cuidado intermediário, de vinte e nove a trinta e oito cuidados semi-intensivos, de quarenta a cinquenta cuidado intensivo. RESULTADOS E DISCUSSÕES: Os resultados obtidos nesse processo auxiliam no dimensionamento de enfermagem, garantindo uma distribuição igualitária para um cuidado mais eficaz. Tendo em vista o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da resolução 293/2004 estabelece parâmetros para o dimensionamento de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados, adequando quantitativamente o quadro de profissionais de enfermagem, baseando-se em características relativas. Com base no SCP, o COFEN indica as horas mínimas de assistência e a distribuição percentual dos profissionais da saúde para cada tipo de cuidado em relação aos pacientes internados nas 24 horas, conforme descrito a seguir: assistência mínima 3,8 horas da enfermagem, assistência intermediária 5,6 horas, assistência semi-intensiva 9,4 horas, assistência intensiva 17,9 horas. Para realizar a pesquisa foi utilizado o SCP, no qual foram analisados e agrupados os pacientes conforme o escore, dependentes de cuidados mínimos 20 pacientes, de cuidados intermediários quatro pacientes, de cuidados semi-intensivos dois pacientes e de cuidados intensivos um paciente, com atenção de três técnicos de enfermagem e um enfermeiro por turno. Esses resultados nos permitiram realizar o dimensionamento de pessoal. No primeiro momento calculou-se o Total de Horas de Enfermagem (THE) que resultou 135,1 horas, após, a Quantidade de Profissionais (QP) resultando em 27 profissionais, como a maioria são pacientes de cuidados mínimos esta foi a base do calculo, então, para cuidados mínimos precisa de no mínimo de 33% de enfermeiros e os demais são técnicos de enfermagem, ou seja, 9 enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem



distribuídos nas 24 horas. A enfermagem deve buscar instrumentos que possibilitem adequação do quantitativo de recursos humanos para uma assistência de qualidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O presente estudo possibilitou conhecer o grau complexidade dos pacientes de uma unidade de clinica medica, bem como a importância do dimensionamento de pessoal. Através desse estudo, foi possível constatar que o grau de complexidade assistencial predominante foram Cuidados Mínimos, conforme a Resolução 293/2004 do COFEN são pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico, que requerem avaliações de enfermagem, mas fisicamente autossuficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas. Dentre as doenças que mais acometem os pacientes na unidade, foram as do Sistema Respiratório, Cardíaco, Circulatório e Digestório. Percebemos que a enfermagem exerce funções complexas, dentre elas o processo de dimensionar, que possibilita o prognostico do numero necessário de profissionais adequado para atender a essa demanda. Diante do exposto, concluímos que, para proporcionar uma assistência com qualidade e segurança aos pacientes é necessário adequação do quadro de profissionais bem como sua qualificação pessoal.

Descritores: Dimensionamento de pessoal. Classificação. Administração de recursos humanos em hospitais. Cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto- Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986. Brasília: COFEN, 2012.

BRITOL, Ana Paula e GUIRARDELLO, Edinês de Brito. Nível de complexidade dos pacientes de uma unidade de internação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n.1, p. 92-96, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 293 de 21 de setembro de 2004. Brasília: COFEN, 2004.

KURCGANT, P. et al. **Administração em Enfermagem**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2012.

AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA COM *MORSE FALL SCALE* EM UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA

MIQUELIN, Lilian Rosa¹

MACHADO, Letícia Martins²

KIRCHHOF, Raquel Soares³

INTRODUÇÃO: A partir da identificação do prejuízo causado ao paciente, dos erros identificados como preveníveis que, em outubro de 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente. O objetivo da iniciativa foi de evitar danos ao paciente e reduzir as consequências negativas de uma assistência insegura. No ano de 2005, no encontro promovido pela Organização Pan- Americana da Saúde, em Concepción, no Chile, criou-se a Rede Internacional de Enfermagem pela Segurança do Paciente (RIENSP), ocasião em que foi discutido o desenvolvimento da enfermagem no âmbito de segurança do paciente (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013). No Brasil, iniciou o movimento em 2008 com a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), tendo como foco aliar forças e conhecimento entre os envolvidos, organizada em polos e núcleos regionais, em diferentes estados do Brasil, que atuam de forma a implementar e desenvolver os objetivos firmados pela Rede Nacional. As estratégias que visam o controle de danos e a promoção da segurança do paciente segundo a REBRAENSP - Polo Rio Grande do Sul (RS) são: Higienização das Mãos; Identificação do Paciente; Comunicação Efetiva; Prevenção de Queda; Prevenção de Úlcera por Pressão; Administração Segura de Medicamentos; Uso Seguro de Dispositivos Intravenosos; Procedimentos Cirúrgicos Seguros; Administração Segura de Sangue e Hemocomponentes; Utilização Segura de Equipamentos; Pacientes Parceiros na sua Segurança; e Formação de Profissionais da Saúde para a Segurança do Paciente (REBRAENSP, 2013). Um dos eventos adversos com estatísticas relevantes corresponde às quedas. De natureza multifatorial, estas podem ser causadas por motivo intrínseco, diretamente ligado ao estado de saúde e comprometimento do paciente, ou

¹ Autora e relatora. Graduanda do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS. E-mail: lilianrosaM@gmail.com

² Orientadora. Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.

³ Orientadora. Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.



extrínseco, que dizem respeito a fatores ambientais como pouca iluminação, pisos irregulares ou obstáculos. Referente às notificações causadas por queda no Brasil, de março de 2014 a dezembro de 2015, o número chega a quatro mil e 697 registros, sendo que 17 desses foram incidentes relacionadas a quedas e resultaram em óbitos (BRASIL, 2015). A REBRAENS sugere que na avaliação de risco de queda se utilize a *Morse Fall Scale* (MSF), além disso, é a única escala traduzida transculturalmente para o português, portanto a escolhida para avaliar os pacientes do Hospital de Caridade de Santiago (HCS). OBJETIVO: Relatar a experiência enquanto acadêmica de X semestre de enfermagem na aplicação da MSF em uma Unidade de Clínica Médica. MÉTODO: Trata-se do relato de experiência de uma acadêmica de X semestre na aplicação da MSF. A prática está sendo desenvolvida no Hospital de Caridade de Santiago, instituição de médio porte, na Unidade de Clínica Médica, a qual possui 28 leitos e taxa de ocupação de 84,21%. No local, internam-se pacientes adultos, predominantemente com infecções respiratórias. O período de aplicação da escala se dá nos meses de outubro e novembro de 2016. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A MSF é uma escala que avalia o risco de queda em pacientes com 18 anos ou mais, consiste em seis itens, sendo eles: Histórico de quedas; Diagnósticos secundários; Auxílio na deambulação; Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado; Marcha e Estado mental. Cada item avaliado recebe uma pontuação que pode variar de zero a 30 pontos, sendo realizada uma somatória, ao final, que pode variar de zero a 125 pontos. De acordo com o resultado desta avaliação, a classificação é feita em: risco baixo (de zero a 24 pontos), risco médio (25 a 44 pontos) e risco alto (≥ 45 pontos) (MORSE, 2009). Durante aplicação do instrumento tem-se observado que a maioria dos pacientes internados, são idosos e que grande parte destes apresenta risco elevado para quedas, o que ainda não é possível quantificar, pois o estudo prossegue, mas permite analisar um paralelo com outro estudo, como realizado em Hospital Universitário do Sul do país, o qual utilizou a MFS na avaliação de quedas, em pacientes adultos internados em setor de emergência, que apresentou um elevado número de pacientes com alto risco de quedas 49,5% (WALENDOWSKY, 2015). Posteriormente a aplicação da MSF é feita a identificação mecânica dos pacientes com alto risco de queda. No paciente identificado com risco alto de queda, é feita a sinalização, no material disponibilizado na cabeceira do leito, e na pulseira que identificará o paciente, junto a seus dados pessoais, é colocado um adesivo, em formato de esfera, na cor amarela. Esta identificação ocorre conforme orientação do protocolo de prevenção de quedas do Ministério



da Saúde, no seu item 6.4, que recomenda a colocação de sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda a equipe de cuidado (BRASIL, 2013). Após a avaliação do paciente a acadêmica fornece orientações quanto aos cuidados a serem tomadas, no intuito de prevenir a ocorrência de queda, estas orientações são dadas tanto à equipe de enfermagem quanto a pacientes e acompanhantes. Para melhor compreensão, a acadêmica confeccionou folder com recomendações do ministério da saúde, como iniciativa parte das estratégias para segurança do paciente, quanto à idade, uso de medicamentos, necessidades fisiológicas e higiene pessoal, histórico de queda anterior, mobilidade/equilíbrio, cognitivo e condições especiais, como forma de orientação e educação no cuidado ao paciente com alto risco de queda. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A aplicação da MFS possibilita identificar os fatores que contribuem para queda nos pacientes internados, o que serve de alerta para a equipe de enfermagem no que diz respeito à identificação prévia do risco de quedas, possibilitando intervenções pregressas e o planejamento dos cuidados junto ao paciente. Nesse sentido, a iniciativa agrega importante contribuição, uma vez que, proporciona a implantação da MFS, e desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente. Sem dúvida uma iniciativa bastante desafiadora, tendo em vista que modificar comportamentos e alterar hábitos, envolvem sensibilização do coletivo e acreditação no objetivo que se quer alcançar.

Descritores: Enfermagem. Segurança do paciente. Avaliação. Risco. Cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificações de incidentes relacionados à Assistência à Saúde 2015**. GVIMS, GGTES, ANVISA: Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente>. Acesso em: abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Prevenção de Quedas**. ANVISA, FIOCRUZ: Brasília, DF, 2013. p.10. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br>. Acesso em: Jun. 2016.

MORSE, Janice M. **Preventing Patient Falls: Establishing a Fall Intervention Program**. 2nd. Ed, New York: Springer Publishing Company, 2009. Disponível em: <https://books.google.com.br>. Acesso em: 20 mai. 2016.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para segurança do Paciente: Manual para profissionais da saúde/ Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.



WALENDOWSKY, Ana Sílvia Sincero dos Reis. **Proposta de implantação da avaliação do risco e notificação de quedas no serviço de emergência adulto.** 2015. 142 f. Dissertação (Mestrado profissional) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PRONTO SOCORRO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

SILVEIRA, Vanessa do Nascimento¹

SILVA, Andréia Weber da²

JÚNIOR, Antônio Carlos Marchezan³

MACHADO, Letícia Martins⁴

SILVA, Silvana de Oliveira⁵

INTRODUÇÃO: O modelo de atenção à saúde emergiu no Brasil, em 1988, com a garantia à saúde firmada pelo Art. 196 da Constituição Federal, e posteriormente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pela Lei 8080 em 1990. E ao longo do tempo vem lapidando-se, pelo surgimento de novas demandas e necessidades da comunidade, especialmente nos serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2009). No entanto, a realidade dos atendimentos diverge dos objetivos das políticas públicas e aos princípios e diretrizes do SUS. Conforme a Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 354 de 10 de março de 2014, emergência é definida como a constatação médica de condições de agravo à saúde que implique em sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo tratamento médico imediato. Consequente, urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata (BRASIL, 2014). Assim, os serviços de urgência e emergência necessitam de uma assistência com classificação de risco, para que os usuários tenham a garantia de segurança à saúde facilitada e livre de danos. Desde 2002, a Portaria do MS nº 2048 de novembro, já propõe a implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco nas unidades de atendimento de urgência e emergência. Segundo esse documento, o primeiro atendimento deve ser realizado por um profissional de saúde, de nível superior, baseado em protocolos pré-estabelecidos pela instituição e qualificação específica para atuar nessa perspectiva, a fim de

¹ Autora e Relatora. Graduanda do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS. E-mail:

² Autora. Graduanda do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.

³ Autor. Professor do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.

⁴ Autora. Professora do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.

⁵ Orientadora. Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.



avaliar o grau de urgência das queixas e sintomas apresentados pelos usuários, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2009). Baseado no crescimento da demanda por serviços de atenção às urgências e emergências no Brasil, a Política Nacional de Atenção às Urgências regida pela Portaria nº 1.600, de 7 de Julho de 2011, foi reformulada pelo MS, com o intuito de instituir no SUS o trabalho em redes, descentralizar a demanda nos prontos socorros e garantir o acesso e acolhimento nestes serviços. Bem como, desenvolver estratégias de promoção e prevenção de agravos, contribuir para a organização do serviço e oportunizar a educação continuada às equipes de saúde (FONSECA, 2014). Frente a essas políticas públicas, destaca-se a relevância da atuação do enfermeiro nos serviços de saúde de urgência e emergência, pois ele é o profissional mais indicado para realizar a triagem classificatória de risco. Uma vez que, a Lei nº 7498/86 que regulamenta o Exercício Profissional de Enfermagem, o incumbe privativamente de realizar a Consulta de Enfermagem e as técnicas de maior complexidade que exijam conhecimento específico e a capacidade de tomada de decisão precisa (ANZILEIRO, 2011). Portanto, o papel do enfermeiro é de grande valia para promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos usuários nesses serviços. **OBJETIVO:** Relatar a experiência vivenciada pelas discentes do décimo semestre de enfermagem acerca do processo de trabalho da equipe de enfermagem em uma unidade de pronto socorro. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência acerca das atividades desenvolvidas pelos discentes do décimo semestre do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões (URI), Câmpus de Santiago, RS. Este relato faz parte da vivência em campo de prática na disciplina de Estágio Supervisionado I, desenvolvido no Pronto Socorro (PS) de um Hospital do interior do Rio Grande do Sul, no período de oito a vinte e três de março de dois mil e dezesseis. Para conhecer a realidade da unidade, realizou-se levantamento de dados internos com a equipe por meio de conversas e registros do setor, bem como a participação efetiva durante o processo de trabalho. Ressalta-se que a disciplina tem como finalidade, oportunizar durante a formação acadêmica o desenvolvimento prático dos conhecimentos adquiridos durante o transcurso das disciplinas do curso. No intuito de que o discente possa desenvolver, aprimorar e consolidar as habilidades e competências inerentes a atuação do enfermeiro. Bem como, realizar atendimentos de promoção, prevenção e reabilitação de saúde do indivíduo, família e coletividade primando-se pelo cuidado integral e humanizado. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Durante o período de estágio identificou-se que no processo de trabalho da



equipe multidisciplinar do PS, a triagem ocorre por ordem de chegada dos usuários. Este atendimento é realizado pelo recepcionista, técnico de enfermagem ou enfermeiro, dependendo da demanda do serviço. De acordo com dados coletados no local, estima-se que são efetuados por volta de 100 atendimentos de segunda a sexta, e nos finais de semana esse número aumenta para 200 atendimentos ao dia. Totalizando-se aproximadamente quatro mil atendimentos efetuados no mês. Segundo Souza et. al. (2010), essa superlotação dos serviços de urgência e emergência, ocorre devido ao aumento do número de acidentes e violência urbana. Bem como, a realidade brasileira é agravada por problemas organizacionais e gerenciais, como o atendimento por ordem de chegada, sem estabelecimento de critérios clínicos ou classificação de risco. Nessa premissa, o elevado número de atendimentos do PS local, se dá devido à ausência de profissionais médicos nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e pela forma de organização desses serviços, configurando-se como empecilhos no acesso e acolhimento dos indivíduos. Nesse sentido, um estudo realizado com usuários pertencentes às ESF municipais mostrou que a maioria da procura por atendimento é à noite em relação ao dia, bem como apontou a insatisfação dos usuários a respeito do agendamento para atendimento, a falta de fichas e horários de funcionamento dos serviços de atenção básica serem restritos. Consequente, da qualidade, eficácia e resolutividade da assistência na atenção primária, ambas questões corroboram para o aumento do fluxo de usuários no PS (FONSECA et. al., 2014). Nesta conjuntura, também se identificou que no local há fragilidades na estrutura física e carência de sala para realização do acolhimento, o que implica na ausência de privacidade, sensibilidade moral e de uma avaliação adequada do quadro clínico do usuário que procura atendimento no serviço. Além disso, evidenciou-se a necessidade da implementação de um Protocolo de Classificação de Risco. O MS, busca padronizar em todo território nacional o processo de acolhimento com classificação de risco, por meio da adoção de medidas que implementem um protocolo direcionador para subsidiar esse atendimento. Em consonância, tem sido recomendada a utilização de escalas ou protocolos que estratifiquem o risco, por apresentarem maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do estado clínico do usuário (SOUZA, 2011). Podem-se elucidar algumas escalas ou protocolos, que são utilizados mundialmente, como a escala australiana (Australasian Triage Scale), escala norte-americana (Emergency Severity Index), o protocolo canadense (Canadian Triage Acuity Scale) e o protocolo inglês (Manchester Triage System), comumente conhecido por Protocolo de Manchester. Além desses, outros protocolos têm sido desenvolvidos, como o protocolo do



Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB) de Minas Gerais, Brasil, que teve como base escalas e protocolos pré-existentes (SOUZA, 2011). Independente da escala ou protocolo a ser aplicado, ambos têm a finalidade de estratificar e classificar os riscos dos usuários, perante a condição clínica apresentada pelos mesmos. Segundo estudo comparativo de Souza et. al. 2011, o Protocolo de Manchester mostrou-se mais eficaz e inclusivo na classificação de risco mediante os cinco níveis: emergência (atendimento imediato), muito urgente (atendimento em 10 minutos), urgência (atendimento em 60 minutos), pouco urgente (atendimento em 120 minutos) e não urgente (atendimento em 240 minutos). Respectivamente, representado pelas seguintes cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Ressalta-se que o Protocolo de Manchester possui 52 fluxogramas com discriminadores gerais e específicos, que subsidiam e norteiam a avaliação do profissional enfermeiro, favorecendo o acolhimento e a prestação da assistência qualificada (ANZILEIRO, 2011). Essa padronização vai de encontro ao que o MS preconiza e define como estratégia para atuar e gerir os processos de trabalho em saúde de maneira a acolher e atender os usuários que buscam o serviço de saúde, de forma resolutiva e eficaz (BRASIL, 2009). Diante desse contexto, a utilização de tecnologias leves elucidaria a assistência prestada aos usuários. Consequentemente, o acolhimento e a classificação de risco norteariam os profissionais para um cuidado integral, humanizado e de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Identificou-se a necessidade de implementar um Protocolo de Classificação de Risco no PS, com a finalidade de referenciar ao invés de excluir os usuários que necessitem de cuidados na atenção primária, fortalecendo o serviço em rede. Consequente, racionalizar o consumo de recursos, além de capacitar e proporcionar educação permanente a equipe, a fim de discutir, estudar e refletir sobre a assistência de saúde prestada. Neste contexto, é imprescindível ao enfermeiro conhecimento técnico-científico, habilidade de escuta qualificada, avaliação e clínica ampliada, para tomada de decisões perspicazes. Bem como, gerenciar questões do processo de trabalho para que o acolhimento seja efetivo e a classificação de risco assegure a segurança do usuário, a fim de promover uma assistência integral e qualificada. Conclui-se que muitos são os desafios enfrentados quando se trabalha com a defesa da vida e a garantia do direito a saúde. Por isso, deve-se considerar o serviço de urgência e emergência como uma porta de entrada de acolhimento e humanização, que vise atender e dar resolutividade à demanda de urgência e emergência, conforme os princípios e diretrizes do SUS.



Descritores: Enfermagem. Emergências. Acolhimento.

REFERÊNCIAS

ANZILEIRO, Franciele. Emprego do Sistema de Triagem Manchester na Estratificação de Risco: Revisão de Literatura. [Trabalho de Conclusão de Curso], Porto Alegre (RS): UFRGS; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 de março de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 354, de 10 de março de 2014**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 de março de 2016.

FONSECA et. al. **Pronto Socorro Municipal: motivos que determinam a sua demanda na visão de usuários**. [Trabalho de Conclusão de Curso], Santiago (RS): URI Campus; 2014.

SOUZA et. al. **Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 19(1):[08 telas], Jan./Fev. 2011. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 23 de março de 2016.

EIXO TEMÁTICO:

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM
SAÚDE

EXPERIÊNCIAS E ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E VISITAS DOMICILIÁRIAS NA DISCIPLINA DE SAÚDE COLETIVA I

SOARES, Andiara Luiz Ramos¹

BERNARDI, Camila Milene Soares²

CARVALHO, Sandra Ost Rodrigues Martins³

INTRODUÇÃO: De acordo com Machado et al (2007) “O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional”. A visita domiciliar constitui-se em recurso importante no âmbito da assistência à saúde e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), seu objetivo é contribuir para a efetivação de algumas premissas de promoção de saúde das populações (ELSEN; SOUZA; MARCON, 2011). As visitas domiciliárias possibilitam uma aproximação dos profissionais de saúde com os usuários, desempenhando assim, uma melhora significativa em relação a saúde dos pacientes. Diante do exposto, nota-se a extrema importância de enxergar a integralidade ao cuidar de pessoas, grupos e coletividade, ver o usuário como um ser político, social e histórico. Relacionado com seu contexto familiar, a sociedade na qual está inserido e ao meio ambiente. Portanto, se percebe a relevância em relacionar as ações de educação em saúde como uma estratégia de proporcionar um saber coletivo que proporciona ao indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno. Assim, relata Kawamoto et al (1995, p. 35): “A visita domiciliar, visa prestar uma assistência educativa e assistencial no âmbito do domicílio. É através dela que fazemos um levantamento e avaliação das condições socioeconômicas em que vive o indivíduo e seus familiares, elaborando assim uma assistência específica a cada caso”. Tudo isso associado às atividades coletivas, individuais, visitas domiciliárias, grupos de educação em saúde, onde se possa levar para o meio da população uma troca de conhecimentos que irão idealizar as ações de saúde coletiva. **OBJETIVO:** Relatar e refletir a cerca de conhecimentos obtidos através das visitas

¹ Autora e relatora. Graduanda do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS. E-mail: andiaralramossoares@hotmail.com

² Autora. Graduanda do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.

³ Orientadora. Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.



domiciliárias, participação em grupos e evento de educação em saúde por acadêmicas de enfermagem a famílias e população em geral. **METODOLOGIA:** Compõe-se de um relato de experiência vivenciado com famílias por meio de três visitas domiciliárias, participação no grupo “Estoamor”, ao longo do turno da tarde do dia 24 de setembro no Centro de Estágios e Práticas Profissionais (CEPP) onde os participantes são portadores de estomias, também, participação em evento realizado dia 25 de setembro, pela Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco de Assis- Circuito Saúde. Experiências se deram com acadêmicas de Enfermagem do IV semestre, bolsistas e docente do curso da URI- Câmpus Santiago, RS. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Estas experiências foram realizadas com famílias da cidade de Santiago e São Francisco de Assis, o que oportunizou uma maior aproximação e estabelecimento de vínculo, tornando-se mais confiável o exercício do diálogo, compreendendo as suas necessidades de saúde-doença, particularidades e vulnerabilidades. Sendo assim, a promoção e educação em saúde foram nossos princípios na abordagem dessas famílias, sempre ressaltando que a formação dos profissionais de saúde tem como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva. Então, jamais devemos perder o conceito de atenção integral à saúde e sempre realizar o trabalho educativo junto à população, onde há alternância de saberes tanto da população, quanto dos profissionais da saúde. Observa-se o quão úteis e prazerosas foram as visitas, pois ambas as famílias passam por condições financeiras precárias sérias, o modo de viver não seja o tão esperado, acesso se torna difícil para a realização de curativos, entre outros aspectos, que nota-se a necessidade de atenção e acompanhamento domiciliar. Segundo BUSS and FILHO (2007): “A promoção da saúde se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Por isso, caracterizam-se fundamentalmente por uma composição intersetorial e, intra-setorialmente, pelas ações de ampliação da consciência sanitária – direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais etc.”. As práticas e orientações que foram desenvolvidas durante este período de estágio, foram conforme o contexto de vida dos pacientes e emancipadoras, com o intuito de efetivar um processo educativo envolvendo-os, abordando diversos assuntos, buscando promover um viver mais saudável, e sempre salientando a importância de efetivar um processo educativo em saúde que permita uma reflexão crítica da realidade e dos fatores determinantes de um viver saudável, e que os deixe instigados a participar destes processos de formação em saúde. Assim como futuros profissionais reconhecemos que os benefícios ao



atendimento no domicílio, possibilita uma maior aproximação das dificuldades sociais, culturais e relacionais das famílias, enfrentando de suas vulnerabilidades na sociedade, assim, como obstáculos em meio às dificuldades de locomoção em áreas de difícil acesso, o alto custo de profissionais qualificados, e falta de tempo, além disso, ainda pode vir a promover acomodação, causando dependência e desestímulo a um desenvolvimento nas famílias.

CONCLUSÃO: Levamos como retorno destas experiências, a importância do papel de nós futuros profissionais inserirmos mais nos lares, conhecermos o contexto em que vivem, para assim, criarmos vínculo e aproximação de maneira que se enquadrem, na vida daquele ser, informações para uma saúde adequada, nunca se torna demais quando o objetivo é amenizar os dados negativos daquela população, promovendo e prevenindo. Engloba-se a educação em saúde, que por meio de tantas contradições e resistência de profissionais, ainda é um dos principais pontos-chave para a abertura e inserção a essa comunidade que está vulnerável e precisando de atenção. Mesmo o tão pouco tempo para a realização das visitas é sempre satisfatório e de maior gratificação, onde percebemos que o emocional possibilita que a visita seja uma ferramenta de aproximação entre profissionais e usuários, um espaço de escuta e de conversa, e um momento de acolhimento e de criação de vínculo, considerando as dificuldades de cada família. Um vínculo que surge como uma maneira de respeito e confiança construído pela convivência e pelo contato constante entre profissionais e usuários. Portanto, nota-se que a visita domiciliar tem importância para as famílias assistidas. Salienta-se que o enfermeiro destaca-se dentro das atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo o usuário como principal participante, ao saber ouvi-lo e olhá-lo integralmente, e respeitá-lo em suas particularidades, fazendo com que se tenha uma melhora significativa em relação a saúde dos pacientes.

Descritores: Visita Domiciliar. Educação em Saúde. Assistência à Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, 2006. Caderno de Atenção Básica n. 19.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.



ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SOUZA, Ana Izabel Jatobá de. **Enfermagem à Família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011.

KAWAMOTO, Emilia Emi; SANTOS, Maria Cristina Honório dos; MATTOS, Thalita Maia de. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: E.P.U., 1995.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

GRUPO DE APOIO SOCIAL E AS INTERFACES DO CUIDADO DE ENFERMAGEM AOS USUÁRIOS ESTOMIZADOS E SEUS FAMILIARES

VACHT, Crischima Lunardi¹

CARVALHO, Sandra Ost Rodrigues Martins²

INTRODUÇÃO: O perfil populacional vem surgindo de várias modificações nesse novo século, dentre elas está o aumento da expectativa de vida, tal fator tem determinado uma mudança no aspecto demográfico e epidemiológico, o que acarreta assim no envelhecimento da população e conseqüentemente num desenvolver maior de doenças crônicas (MENDES, 2012). Com isso, destacam-se as estomias intestinais, como uma condição crônica, na qual tem evoluído atualmente, cada vez mais utilizada como um membro integral do tratamento de inúmeras patologias do aparelho gastrointestinal. (COUTO E MEDEIROS, 2013). Esta pode ser temporária ou definitiva, e depende da sua ascendência pode receber diferenciados nomes, deste modo tem para estomias intestinais a colostomia, a ileostomia e a jejunostomia. Nesse contexto, para Silva et. al. (2014) no transcorrer do processo de adaptação, as pessoas com estomas apresentam diversas dificuldades em retomar suas atividades diárias, o que acarreta uma diminuição da qualidade de vida, dificuldades relacionadas ao autocuidado, aceitação á imagem corporal, à sexualidade, ao modo de se vestir e também às relações interpessoais. Para isso, o enfermeiro tem como papel ampliar ações de cuidados ao paciente para a adaptação com a estomia e assim a compreensão dessas alterações. Com isso tem como ação de cuidado de enfermagem para melhora na qualidade de vida dos usuários, os grupos de apoio social, que se apresentam com o intuito de contribuir para a promoção da saúde e da cidadania do usuário, e assim priorizar a realização de atividades que se direcionem para os princípios de integralidade e principalmente da participação social (COUTO E MEDEIROS, 2013). O cuidar implica em uma interação entre o cuidador e quem está sendo cuidada, a troca de conhecimentos e experiências, o que proporciona um resultado positivo. A informação compartilhada pela ação educativa, através da prática dialógica do enfermeiro colabora para que o usuário exerça sua condição de sujeito, independente e autônomo. Essa forma de

¹ Autora e Relatora. Graduanda do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS. E-mail: crislunardivacht@hotmail.com.

² Orientadora. Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.



educar/cuidar só é possível quando pensada de forma horizontal, recíproca e humanizada (MARTINS E ALVES, 2011). É preciso almejar cada vez mais um cuidado de enfermagem que siga às singularidades do outro e que seja fundamentado na sensibilidade e na escuta. É dessa maneira que é possível construir estratégias com as pessoas com estomia e seus familiares, e que atenda a estes sujeitos de forma holística e integral. **OBJETIVO:** Relatar as ações de cuidado de enfermagem, por meio de grupos de apoio social aos usuários com estomia intestinal e seus familiares, participantes de um Projeto de Extensão. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência acerca dos encontros grupais vivenciados a partir do Projeto de Extensão titulado “Cuidado qualificado às pessoas com estomia: um desafio da enfermagem”, desenvolvido na Universidade Regional Integrado do Alto Uruguai e das Missões – URI – Câmpus Santiago, pelo curso de Enfermagem, realizado no período de agosto a outubro de 2016. O projeto desenvolve ações de cuidado de enfermagem aos usuários com estomias cadastrados no Programa Municipal de Estomias de um município do interior do Rio Grande do Sul com o intuito de uma criação de vínculo entre usuário/família/profissional, que parte do embasamento teórico-científico, e enfatiza uma relação dialógica entre profissional e usuário, o grupo de convivência entre os usuários com estomias, o que possibilita a interação entre os mesmos, no qual possam dividir suas angústias, dúvidas e receios. Os encontros aconteceram mensalmente, em datas pré-agendadas. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Frente a isso os grupos de apoio abrangem relações de troca, nas quais surgem laços de confiança, e assim uma reciprocidade entre usuário e enfermeiro, no qual contribui para criar uma sensação de coerência e autonomia, o que beneficia a qualidade de vida dos usuários (SANCHEZ et. al., 2010). Nesse período realizou-se como tema, do primeiro grupo, uma troca entre os participantes/acadêmica/enfermeira, realizou-se assim o planejamento dos próximos encontros juntos, o que possibilitou tornarem-se participantes do seu cuidado, os mesmos mostraram-se maravilhados, pois trouxeram suas inquietações, vontades e curiosidades. No próximo mês trouxe como tema, um almoço típico, referente à Semana Farroupilha, dançamos, brincamos, conversamos, um momento de muita alegria entre todos. Já no mês de outubro realizou-se, por solicitação dos participantes, uma fala com a enfermeira da empresa representante dos materiais provenientes do estado, na qual trouxe como tema “Cuidados e novas tecnologias para o cotidiano do estomizado”, e assim possibilitou uma troca entre os participantes e a enfermeira. Nesse sentido, acredita-se que a equipe de saúde deve facilitar e



encorajar a ressocialização desse usuário, além de oferecer orientações a este e sua família, com relação à aquisição de novas habilidades de cuidado, como o uso e a troca de bolsas coletoras, cuidados com a alimentação, entre outras. As orientações precisam abranger também os aspectos emocionais, atendendo integralmente suas necessidades e proporcionar uma melhor adaptação, qualidade de vida e empoderamento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conclui-se por meio da prática evidenciada que o processo de estomização ocasiona situações que necessitam de adaptações e cuidados contínuos para melhora da qualidade de vida das pessoas com estomia e suas famílias. Deste modo, é um processo individual que se desenvolve no transcorrer do tempo e envolve uma linha de aspectos que vão desde a assistência proporcionada até o modo como a pessoa com estomia se envolve no próprio cuidado. Enfatiza-se que a enfermagem tem como objeto de trabalho o cuidado ao ser humano, sendo assim, entende-se que todo seu caminhar no campo técnico-científico e ético deve ser de alcançar a máxima qualidade no processo de cuidar, respeitando a singularidade de cada ser. A enfermagem atua como um facilitador no processo de reabilitação desse usuário, o que fortalece sua autoestima e autonomia, e mostrar que o cuidado se faz presente, seja com palavras de conforto e ânimo ou com as ações específicas referentes a condição crônica vivenciada. Diante destas considerações acredita-se que as propostas dessa prática tiveram êxito, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado às pessoas com estomia, como um papel fundamental na sua reabilitação, incentivando a emancipação frente ao seu processo saúde/doença.

Descritores: Enfermagem. Estomia. Cuidado de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

COUTO, Patrícia Gonçalves; MEDEIROS, Sandra Soares. Sentimentos da pessoa submetida a ostomia intestinal - uma visão holística de enfermagem. **Revista Clínica Hospitalar Prof^o Doutor Fernando Fonseca**, São Paulo, p. 23-27, 2013.

MARTINS, Paula, Alvarenga de Figueiredo; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde, 512 p. Brasília, 2012.



SANCHEZ, Keila de Oliveira Lisboa; FERREIRA; Noeli Marchioro Liston Andrade; DUPAS, Giselle Dupas; COSTA, Danielli Boer. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Revista Brasileira de Enfermeira**, Brasília, 63(2), 290-9, Mar./Abr. 2010.

SILVA, Fernanda Machado da; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; PERLINI, Nara Marilene Oliveira Girardon; SEHNEM, Graciela Dutra; SILVA, Dalva Cezar da. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 67 (3), 347-53.3, 2014.

VISITA DOMICILIÁRIA REALIZADA POR ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM

GIBICOSKI, Flaviane Da Silva¹

DORNELES, Camila Dalenogare²

CARVALHO, Sandra Ost Rodrigues Martins³

INTRODUÇÃO: O Sistema Único de Saúde (SUS) é a estrutura organizacional sistêmica no estado brasileiro que oferece suporte a efetivação da política de saúde no Brasil, promovendo a viabilização dos princípios e diretrizes desta política. É, portanto uma política que pretende por meio do que está proposto, assegurar qualidade de vida e do meio ambiente para as pessoas e para o local onde elas estão (SANTOS, CUBAS, 2012). Neste contexto temos a visita domiciliária (VD), que é uma ação de cuidado que a enfermagem utiliza com o intuito de intervir no processo saúde- doença dos indivíduos ou planejar ações visando a promoção da saúde. Atualmente o trabalho do enfermeiro com as famílias vem merecendo destaque nas Estratégias de Saúde da Família, e por meio da visita domiciliária é possível uma aproximação dessas famílias, permitindo a criação de um vínculo que é fundamental para a efetivação de um cuidado de enfermagem integral. Brito et al (2013) referem que a Visita Domiciliária é uma ferramenta estratégica na Atenção Primária em Saúde ao possibilitar aos enfermeiros e demais profissionais da equipe conhecer o contexto de vida dos sujeitos para que seu projeto terapêutico seja coerente com sua respectiva realidade. **OBJETIVO:** Relatar e refletir a cerca de visitas domiciliárias desenvolvidas por acadêmicas de enfermagem a uma família pertencente a uma Estratégia de Saúde da Família (ESF). **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência vivenciada com uma família por meio de visitas domiciliárias. Essa experiência se deu por acadêmicas de enfermagem do IV semestre do curso da URI Câmpus Santiago, RS. Foram realizadas três visitas domiciliárias no período de Setembro a Outubro de 2015, com a paciente A.P, 83 anos, residente no bairro Centro, pertencente a ESF Santiago Pompeo na cidade de Santiago- RS. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Este trabalho foi realizado com uma família selecionada pela equipe do grupo de estomias e professora. Na

¹ Autora e relatora. Graduando(a) do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS. E-mail: caamiladalenogare@gmail.com

² Autora. Graduanda do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.

³ Orientadora. Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.



residência mora a senhora A.P e seu neto, 83 anos, casada, diagnosticada com câncer de reto, mas usuária não sabe que tem, família optou por não contar apresentando estar bem. Foram realizadas três visitas domiciliares no período de 10 de Setembro a 08 de Outubro de 2015, sendo que no primeiro momento fomos até a residência da senhora A.P para o primeiro contato, na ocasião encontrava-se em casa com seu neto. Relatou estar bem. Contou sobre seus filhos e sua bisneta que o acompanhavam nos encontros no Cepp. Por meio destes relatos começamos a conhecer melhor sua realidade, favorecendo a criação de um vínculo. Segundo Santos e Moraes (2011), criar vínculos envolve o estabelecimento de relações muito próximas e íntimas, em que nós nos sensibilizamos com o sofrimento do outro; é a constituição de um processo de troca entre usuário e o trabalhador, tendo como cerne a construção da autonomia do usuário. O vínculo, ainda implica em se integrar com a comunidade em seu território, nos grupos, e se tornar referência para o usuário, seja no aspecto singular ou coletivo. Desse modo, o vínculo amplia a eficácia dos serviços de saúde e proporciona a participação do usuário durante a assistência recebida do serviço de saúde. No segundo momento, dando continuidade ao acompanhamento, nos encontramos com a senhora A.P no Centro de Cuidados e Práticas Profissionais (CEPP), e participamos juntos das atividades do grupo estoamor, onde a mesma realizou as atividades propostas com satisfação e entusiasmo. Na última visita domiciliária, foi realizada uma confraternização, com bolo, chimarrão e entrega de um presente para a paciente, momento em que a mesma emocionada, relatou ter ficado muito satisfeita e alegre com a nossa presença naquele período. Alguns princípios devem nortear o planejamento do cuidado de Enfermagem ao idoso, dentre eles: a independência, a autonomia, a inserção e o suporte social. Destaca-se ainda, a necessidade de identificar a capacidade do idoso e de sua família em lidar com as doenças, quando da sua presença. O grupo de feridas foi realizado no cepp no dia vinte e três de Setembro/2015. Onde foi proposta aos clientes uma dinâmica, onde se relatava o que não gostava e o que se mais gostava. Discutimos sobre acontecimentos do dia a dia, que entre conversas descobrimos o que para uma pessoa era ruim para a outra era bom. Após encerramos com uma confraternização. Figueiredo (2012) refere que a prática de cuidar dos clientes na comunidade nos faz ver que os aspectos de frágil estrutura que sustenta as bases sociais das pessoas e de suas famílias são muito mais amplos que os identificados por meio do tradicional olhar a distancia, sem envolvimento direto no dia a dia de suas vidas, tornando cada vez mais evidente para nós a premência de planejar, implementar, avaliar estratégias adequadas. CONSIDERAÇÕES



FINAIS: Ao finalizar as atividades acadêmicas do estágio de Saúde Coletiva I, acreditamos ter alcançado nossos objetivos com êxito, bem como o crescimento pessoal e profissional. O referido estágio nos proporcionou ter um conhecimento mais amplo na nossa profissão, do que realmente é o processo de cuidar e a importância do cuidado mais humanizado. Acreditamos que tivemos o máximo de aproveitamento das atividades disponíveis. Entendemos que para que os cuidados de saúde façam a diferença positiva na vida dos pacientes tem que haver um vínculo baseado na confiança não somente com o paciente, mas também com a família promovendo o cuidado. Portanto, foi possível observar no decorrer deste estágio que o Enfermeiro é um ator estratégico fundamental na assistência ao paciente e família, tornando-se um mediador nas relações interpessoais, gerenciamento de cuidados e promoção da saúde. Por fim conclui-se o quão importante é o Enfermeiro, que deve saber como enfrentar algumas dificuldades que surgem no cotidiano, saber ouvir o paciente, ter a sensibilidade para entender que cada um tem a sua individualidade.

Descritores: Enfermagem. Visita Domiciliária. Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

- BRITO, M.J.M, ANDRADE, A.M, CAÇADOR B.S, FREITAS L.F.C, PENNA C.M.M. **Atenção domiciliar na estrutura da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integridade.** Esc Anna Nery (imp.), 2013 out-dez; 17 (4): pág. 603-610.
- SANTOS, Alvaro da Silva; CUBAS, Maria Regina. **Saúde Coletiva: Linhas de Cuidado e Consulta de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; TONINI, Teresa. **Sus e Saúde da Família para Enfermagem: Prática para o cuidado em Saúde Coletiva.** 2012.
- SANTOS, Edirlei Machado dos; MORAIS, Sandra Helena Gomes. **A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros.** 2011.

EXPERIÊNCIAS E REFLEXÕES ADQUIRIDAS POR ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM EM CAMPO DE ESTÁGIO: ESTUDO DE CASO

LANÇANOVA, Josiane Grippa¹

BRUM, Biana Lamberti²

ALMEIDA, Luciana³

INTRODUÇÃO: O presente resumo trata-se de um estudo de caso desenvolvido durante estágio curricular do curso de Graduação em Enfermagem, o mesmo realizou-se em um hospital do interior do Rio Grande do Sul, no período de 07/06/2016 à 15/06/2016, sob orientação e supervisão de enfermeiro docente. Durante a vivência foi realizado exame físico minucioso no paciente, que é a coleta de dados sobre o histórico de saúde do paciente (BARBOSA 2010). Realizado para identificar o estado respiratório, cardíaco, intestinal e integridade da pele. Além de elencar diagnósticos de acordo com Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação, prescrever os cuidados de enfermagem visando ofertar o maior conforto possível ao paciente internado e familiar/acompanhante que ali se encontrava, tendo em vista que esses cuidados iriam colaborar para a melhora do quadro clínico do mesmo, sob a responsabilidade de planejar os mesmos dentro dos princípios da ética e respeito ao ser humano que estava sob nossos cuidados. **OBJETIVO:** Comparar e avaliar estado clínico de um paciente internado na instituição hospitalar, assim relacionar a teoria com a prática. **METODOLOGIA:** Foram observados os dados presentes no prontuário do paciente, tais como: exames laboratoriais, histórico familiar, medicações que fazia uso, informações fornecidas pelo acompanhante, com supervisão da professora. Sendo realizados a partir de então, a elaboração dos diagnósticos de enfermagem e plano de cuidados, a partir de uma fundamentação teórica. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Considera-se que através do cuidado, a enfermagem manifesta-se como ciência e arte, uma vez que este é constituída por diversos elementos que o caracterizam como o saber e o fazer da profissão (BARRA et al, 2010). Este estudo realizou-se na em unidade hospitalar, com a Sra. S.M.J.S, 83 anos de idade, sexo feminino, idosa, interna nesta instituição no dia 12/06/2016 com queixa de

¹ Autora e relatora. Graduando(a) do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS. E-mail: josiane.gl@hotmail.com

² Autora. Graduanda do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.

³ Orientadora. Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.



dispneia. De acordo com informações constadas no prontuário da mesma, ao diagnóstico médico a patologia que a levou a internação foi Pneumonia Bacteriana, ou seja, é uma inflamação que acomete o parênquima pulmonar, causada por um agente microbiano, neste caso a causa foi bacteriana, ela surge a partir da flora normalmente presente em um paciente cuja resistência foi alterada. Os sinais e sintomas predominantes apresentados por pacientes com pneumonia são cefaleia, febre alta, dor pleurítica, mialgia, exantema e faringite, após alguns dias surge a expectoração de um escarro muco purulento. Porém, em pacientes DPOC o escarro purulento e leves alterações nos sintomas respiratórios podem ser os únicos sinais de pneumonia (BRUNNER e SUDDARTH 2002). No prontuário da paciente, foram coletados, dados de seu histórico, que consistiam na evolução médica a presença de Insuficiência Cardíaca Congestiva Descompensada (ICC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), paciente refere ser ex-tabagista e hipertensa. Também foram avaliados os exames laboratoriais da mesma, o Hemograma completo apresentou dentro do Eritrograma o valor de Hemoglobina abaixo da referência utilizada pelo laboratório: 11,7g/dL (12,0 a 16,0g/dL), indicando anemia, já no Leucograma foram os Leucócitos que apresentaram valor abaixo do indicado: 3.100 /mm³ (4.000 a 10.000 /mm³), os Eosinófilos: 31 /mm³ (40 a 450 /mm³), os Linfócitos: 434 /mm³ (1.200 a 5.200 /mm³) e os Monócitos: 62 /mm³ (80 a 800 /mm³), evidenciando a vulnerabilidade imunológica apresentada pela paciente. Na Gasometria Arterial realizada apresentaram-se os valores de Excesso de Base (BE) alterados, igual a -1,3mmol/L (-2 a +2mmol/L), o BE refere-se ao bicarbonato e outras bases no sangue, como proteínas e hemoglobinas. Também na Gasometria obteve-se o valor de potássio abaixo do valor de referência: 2,93mEq/L (3,5 a 5,6mEq/L), indicando hipocalcemia. Durante o período de internação a referida paciente esteve em uso das seguintes medicações: Plasil 10mg/2ml amp, via endovenosa, se necessário para náuseas e vômito; Insulina Humana Regular/Simples100UI, via subcutânea, se necessário para HGT acima de 150mg/dL; Glicose Hipertônica 50% 10ml, via endovenosa, se necessário para HGT menor que 70mg/dL; Atensina 0,100mg, via oral, se necessário para P.A. Sistólica acima de 170mmHg; Omeprazol Sódico 40mg, via endovenosa, indicado para complicações gastrintestinais; Furosemida 20mg, via endovenosa, diurético indicado para diminuição de edema em membros inferiores; Espironolactona 25mg, via oral, diurético poupador de potássio; SeloZok 100mg, via oral, prescrito para hipertensão arterial; Losartana Potássica 50mg, via oral, que é antihipertensivo; Dipirona Sódica 1g/2ml, via endovenosa, se necessário



com indicação antitérmica e analgésica; Ácido Acetil Salicílico(AAS) 100mg, via oral, analgésico; Heparina Sódica 5000UI, via subcutânea, de efeito anticoagulante; Foraseq 1cp, via oral, broncodilador utilizado no tratamento de problemas respiratórios; Levofloxacino 500mg/100ml, via endovenosa, com efeito antibacteriano. De acordo com informações obtidas pelo familiar e pela paciente, durante o período de internação ela adquiriu dificuldade para alimentar-se, tendo pouca aceitação da dieta oferecida. Evolução de Enfermagem: Paciente idosa, comunicativa, lúcida, orientada, consciente, queixosa, com deambulação prejudicada e acompanhada pelo filho no período. Ao exame físico apresenta expressão de desconforto, pele e mucosas normocoradas e hidratadas, pupilas isocóricas, esclerótica com leve icterícia, região perioral com presença de cianose, tórax simétrico, prega cutânea satisfatória, ausculta pulmonar com presença de sibilos e estertores em respiração profunda e intensa produção de secreção, ausculta cardíaca normocárdica, abdome protuberante sem estímulos dolorosos à palpação, ausculta abdominal com ausência de ruídos hidroaéreos, extremidades frias e presença de edema em membros inferiores. Dieta leve hipossódica, via oral, de pouca aceitação. Faz uso de óculos nasal com oxigênio a 2l/min, contínuo, conforme prescrição médica (CPM), acesso venoso periférico (AVP) em membro superior esquerdo com ultrasit, sonda vesical de demora (SVD) de calibre nº 16 e fralda. Realizado controle dos sinais vitais, Pressão Arterial = 140/90 mmHg, frequência respiratória = 25 mov/min, frequência cardíaca = 84 bpm, SaPO2 = 93%, temperatura axial = 36,2 °C, ofertado nebulização composta por Cloreto de Sódio 0,9%, Berotec 20ml e Atrovent gotas 20ml, feito curativo no AVP, utilizado solução fisiológica 0,9% para assepsia e micropore para fixação, exame físico, higiene oral, banho no leito, após foi realizado passagem de SVD, drenado 200ml de diurese de cor amarelo claro e odor característico. Diagnósticos de enfermagem: risco de infecção devido ao uso de dispositivos invasivos; nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais devido à ingesta alimentar insuficiente; motilidade gastrointestinal disfuncional devido ao estilo de vida sedentário; deambulação prejudicada relacionada à força muscular insuficiente; risco de constipação relacionada à ingestão deficiente de líquidos e motilidade física diminuída. Plano de cuidados: atentar para a data de troca dos dispositivos e troca de curativo para diminuir o risco de contaminação; atentar para aspecto e densidade da secreção; manter oxigenoterapia contínuo CPM para compensar o fluxo de oxigênio nos alvéolos; controle dos sinais vitais; manter cabeceira da cama elevada a 30° a fim de melhorar o fluxo respiratório; atentar para aceitação da dieta e ingestão hídrica;



manter membros inferiores elevados para reduzir o edema; atentar para oferta adequada de nebulização para continuação da efetividade da fluidificação da mesma; atentar para administração de medicações CPM; atentar para urina com presença de sangue, pus, grumos; observar a quantidade de urina que está sendo drenada diariamente e sinais de que possam indicar a obstrução da sonda, como por exemplo, mal-estar geral, quantidade reduzida de urina na bolsa coletora e bexiga endurecida à palpação; não abrir o sistema entre a sonda e a bolsa coletora. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Frente ao que nos foi proposto, pode-se afirmar que temos total convicção de que os objetivos foram alcançados, onde foi oportunizado a nós acadêmicos, não só a aliar teoria com a prática, como também um olhar mais humanizado, levando em consideração a integralidade do ser humano que depende de nossos cuidados. Neste período tivemos a oportunidade de ir além da ação de elencar diagnósticos e prescrever cuidados de enfermagem. Saber da importância do profissional Enfermeiro em relação à assistência ao paciente e familiar, frisando um cuidado integral e resolutivo, proporcionando o máximo de conforto possível.

Descritores: Estudo de caso. Assistência de Enfermagem. Educação em Saúde.

REFERÊNCIAS

BARRA, Daniela Couto Carvalho; et al. Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 63(2), 203-8, Mar./Abr. 2010.

HERDMAN, T. Heather; et al. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

LUZ, Marcia; BARBOSA, Maria Teresa. **Enfermagem: Fundamentos Técnicos do Cuidar**. Rio de Janeiro: Imperial Novo Milênio, 2010.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 9ª ed. Vol. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002.

ÚLCERA POR PRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

MANGANELLI, Rigielli Ribeiro¹

SERRES, Walkiria Paz²

PIESZAK, Greice Machado³

INTRODUÇÃO: A prevalência de Úlceras por Pressão (UPP) aumentou nos últimos anos devido ao aumento da expectativa de vida e os avanços tecnológicos, que possibilitaram a sobrevivência de pacientes gravemente enfermos, com doenças lentamente debilitantes (MALAGUTTI, 2015 apud JAUL, 2010). De acordo com a European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) e Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) (2014), a UPP é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, usualmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Estima-se que aproximadamente 600 mil pacientes em hospitais dos EUA evoluam a óbito a cada ano em decorrência de complicações secundárias à UPP. Apesar da escassez de dados epidemiológicos no Brasil, pesquisas revelam alto índice de prevalência de UPP em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (MALAGUTTI, 2015). Deste modo, ressalta-se a relevância do tema pela incidência significativa das UPP e pelo impacto que causa na vida dos pacientes e nos serviços de saúde. **OBJETIVO:** Analisar as publicações existentes acerca do desenvolvimento de UPP em pacientes internados em UTI e as repercussões da assistência de enfermagem. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de Revisão Narrativa de Literatura, de caráter descritivo exploratório. Realizado no mês de abril de 2016, por meio da busca de artigos científicos na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), na qual se utilizaram os descritores Úlcera por Pressão e Unidades de Terapia Intensiva, previamente testados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e o operador booleano and. A partir disto, foram encontradas 29 produções, nas quais se aplicaram os

¹ Autora e Relatora. Graduanda do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS. E-mail: rigiellimanganelli@hotmail.com

² Autora. Graduanda do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.

³ Orientadora. Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões- Câmpus de Santiago, RS.



critérios de exclusão e os critérios de inclusão. Restaram para análise 16 artigos científicos, por meio da análise de conteúdo temática de Minayo (2014), que resultou nas categorias: características associadas ao desenvolvimento de UPP e à assistência de enfermagem frente prevenção e abordagens terapêuticas. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No que diz respeito às características, constatou-se que o número de úlceras, seu estágio e regiões afetadas podem intervir na evolução do paciente, na causa da internação e nas comorbidades relacionadas. Além das limitações impostas aos pacientes de UTI devido às condições e tratamentos mais complexos, somam-se outros fatores como uso de sedativos, alterações do nível de consciência e instabilidade hemodinâmica. (ROLIM et al., 2013 apud FERNANDES; CALIRI, 2008). Para alguns autores, há associações significantes quanto às cirurgias de grande porte/grau de risco e continência dos pacientes/mobilidade, relacionados ao desenvolvimento das UPP. Deste modo, considera-se como limitação da mobilidade a redução da frequência de atividades ou da capacidade de movimento, o que se torna uma condição que propicia o acometimento deste tipo de lesão (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014). Neste contexto, destaca-se a atuação da enfermagem na promoção de movimentos para o alívio da pressão exercida sobre determinada superfície. Quanto ao surgimento das UPP, alguns estudos consideram que a sudação, força de cisalhamento/fricção, de pressão, agitação psicomotora e leucocitose apresentaram significância estatística. Logo, cabe ressaltar que as forças de pressão e cisalhamento afetam principalmente as camadas de tecido mais profundas, enquanto a fricção afeta as camadas superficiais. Frente a isso, compete a equipe de enfermagem evitar tais movimentos e orientar paciente e acompanhante (ROLIM et al., 2013 apud GOMES et al., 2010). Nesta percepção, alguns autores reforçam que a presença de sepse e tempo de internação superior a 10 dias são fatores associados à formação de úlceras em pacientes acamados. Desta maneira, em concordância com outros estudos, observa-se que a gravidade varia conforme o grau de pressão exercida que leva a má perfusão e oxigenação, fricção, tempo de permanência do paciente na mesma posição, condições imunológicas apresentadas, idade avançada, percepção sensorial prejudicada e situação nutricional deficiente. Cabe ressaltar que a má nutrição diminui a tolerância tissular à pressão. Além disso, a deficiência de proteínas predispõe à formação das lesões (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014; STEIN et al., 2012 apud SOUZA, 2005). Quanto à idade, alguns autores constataram que os idosos apresentam mais comorbidades e UPP do que indivíduos não idosos. Em concordância, Stein et al. (2012), consideram a etiologia das UPP multifatorial, na qual



incluem-se fatores internos, como: idade, morbidades, estado nutricional, hidratação, nível de consciência e externos como: pressão, cisalhamento, fricção e umidade. Portanto, ressalta-se que a idade avançada influencia no desenvolvimento das lesões, por isso deve-se atentar para os idosos. Quanto às localizações, houve concordância entre três estudos, pois houve a predominância nas regiões sacral, dorsal e calcânea. Neste contexto, sabe-se que a UPP começa a se desenvolver nas proeminências ósseas, onde se faz necessário o alívio da pressão (STEIN et al., 2012 apud GEOVANI; RUFFONI; SILVA, 2007). Frente ao desfecho de pacientes acometidos por UPP, estudos revelam que a maioria evoluiu para óbito e também houve sérios danos que acarretaram no aumento do tempo de internação e nos custos hospitalares. Assim, percebe-se que esta lesão constitui-se como um fator de risco para o óbito de pacientes internados. A partir do exposto, constata-se um grave problema para os serviços de saúde devido ao aumento da mortalidade, morbidade e custos delas provenientes. Neste sentido, devido ao impacto do desenvolvimento das UPP, a enfermagem deve identificar os indivíduos que estão em risco de modo a planejar intervenções preventivas individualizadas (NPUAP; EPUAP; PPPIA, 2014; STEIN et al., 2012). Para alguns autores, o enfermeiro deve atuar na prevenção e na manutenção do paciente crítico, de maneira que seja considerado o motivo da internação e as comorbidades associadas. Frente a isso, Malagutti (2015), considera que ocorrência de UPP é um indicador de qualidade da assistência de enfermagem. Para muitos autores, o cuidado volta-se para a intervenção primária, onde devem ser feitas recomendações para identificação dos pacientes que apresentam risco. Diante disso, novas intervenções precisam ser realizadas para obter maior adesão dos profissionais e melhorar o conhecimento sobre o tema. No que se refere às medidas preventivas, de acordo com a NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014) devem incluir a avaliação da pele, com ênfase nas áreas cutâneas sobrejacentes às proeminências ósseas, rastreamento nutricional, vigiar o estado de hidratação e realizar o reposicionamento com uso de superfícies de apoio. Nesta perspectiva, o enfermeiro tem papel imprescindível na gerência do cuidado aos pacientes internados na UTI. Segundo o MS, para a prevenção de UPP deve-se realizar avaliação na admissão e reavaliação diária, manejo da umidade, otimização da nutrição e da hidratação e diminuição da pressão. Assim, sugere-se investir em qualificação profissional e implantação de protocolos para prevenção e tratamento (BRASIL, 2013). Quanto ao tratamento das UPP, um estudo trouxe que se deve abranger a avaliação inicial, a escolha da cobertura e a realização de desbridamento quando indicado. Desta forma, enfatiza-se que no tratamento deve-se adotar



medidas terapêuticas e medidas de conforto, a fim de garantir a melhora do prognóstico do paciente e de evitar complicações. Sobre a identificação do risco com a aplicação da Escala de Braden (EB) estudos consideram como uma ferramenta eficiente que deve subsidiar a assistência de enfermagem. Porém, embora os enfermeiros reconheçam a importância de sua aplicação, a sobrecarga, o estado crítico dos pacientes e o alto índice de absenteísmo dificultam sua execução. Cabe destacar que a EB está amparada na fisiopatologia das UPP, pois permite avaliação de aspectos importantes à formação da úlcera e a implementação precoce de ações preventivas, condizentes aos riscos, caracteriza-se por seis parâmetros: a percepção sensorial, a umidade, a mobilidade e a atividade, a nutrição, o parâmetro fricção e cisalhamento (GOMES et al., 2011). Diante do exposto, a efetividade da EB foi comprovada através de estudo baseado na amostra com pacientes que não apresentavam UPP e para os quais se aplicou a escala, com sua aplicação diária houve menores taxas de desenvolvimento, a qual se mostrou como um eficiente instrumento para prever o risco de desenvolvimento de UPP em pacientes críticos. Destarte, salienta-se sua relevância para auxiliar na assistência e na identificação de pacientes em risco. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O desenvolvimento da UPP é um evento complexo que abrange várias condições relacionadas ao paciente e ao meio extrínseco, por isso a necessidade de se dar atenção especializada e individualizada de acordo com a condição clínica de cada paciente, de modo a garantir a integralidade do cuidado. Ressalta-se a importância do dimensionamento de pessoal adequado na UTI, a fim de diminuir a sobrecarga de trabalho e tornar a assistência mais qualificada. Apesar de encontrar vários estudos sobre as medidas preventivas, evidencia-se a necessidade das suas aplicações na prática devido aos índices significativos da incidência deste agravo, fato que faz refletir nossas ações. Portanto, quando se fala em cuidados de enfermagem, deve-se transcender à prática curativista por uma assistência respaldada na cientificidade e na humanização.

Descritores: Úlcera por Pressão. Unidades de Terapia Intensiva.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão.** Brasília (DF): Ministério da Saúde / ANVISA / Fiocruz, 2013.

GOMES, Flávia Sampaio Latini; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro; MATOZINHOS, Fernanda Penido; TEMPONI, Hanrieti Rotelli; MELÉNDEZ, Gustavo Velásquez. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 45(2), p. 313-18, 2011.



MALAGUTTI, Willian. **Feridas**: conceitos e atualidades. São Paulo: Martinari, 2015.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL and PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.

ROLIM, Jaiany Alencar; VASCONCELOS, Josilene de Melo Buriti; CALIRI, Maria Helena Larcher; SANTOS, Iolanda Beserra da Costa. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE)**, 14(1), p. 148-57, 2013.

STEIN, Emanoeli Agnes; SANTOS, José Luís Guedes dos; PESTANA, Aline Lima; GUERRA, Soeli Terezinha; PROCHNOW, Adelina Giacomelli; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, 4(3), 2605-12, Jul./Set. 2012.

CONSULTA DE ENFERMAGEM E COLETA DE CITOPATOLÓGICO EM MULHERES RURAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

LUZ, Roberta¹

MACHADO, Paula²

MANENTE, Vanessa³

EBLING, Sandra Beatris Diniz⁴

INTRODUÇÃO: O câncer de colo uterino é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, é o terceiro tumor mais frequente na população feminina no Brasil. A consulta ginecológica de enfermagem visa não somente prestar um atendimento voltado para os aspectos biológicos das mulheres, mas principalmente inter-relacioná-los com os aspectos sociais, culturais e emocionais, garantindo, desta forma, que a assistência prestada seja interdisciplinar, inovadora, transformadora e integral. Neste contexto, torna-se premente respeitar cada mulher diante de suas singularidades, especificidades e ciclos de vida, assegurando sempre a autonomia das usuárias frente ao processo de saúde e doença. No que se refere à mulher que reside no cenário rural, conforme concepções do Ministério da Saúde as condições de saúde da população rural são determinadas por características relacionadas ao compasso de trabalho sazonal, aos processos de mobilidade dos terrenos, à baixa escolaridade, à pobreza, às relações de trabalho e de gênero que contribuem para tornar as mulheres rurais mais vulneráveis em diferentes aspectos relacionados à produção saúde-doença (BRASIL, 2011). Esses elementos evidenciam que homens e mulheres estão expostos a vulnerabilidades no meio rural, pois vivem em um espaço no qual o trabalho é eminentemente braçal, expostos aos fenômenos e instabilidades da natureza, principalmente no que tange a longas jornadas de trabalho. No entanto, isso é mais intenso entre as mulheres que têm dupla jornada de trabalho, articulam atividades do cotidiano rural, com as tarefas da casa. Sendo assim, durante a consulta de enfermagem com a mulher rural, faz-se necessário uma abordagem que contemple as singularidades da cultura rural, pois os costumes do viver rural carregam

¹ Autora e relatora. Graduando do curso de enfermagem, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus de Santiago.

² Autora. Graduanda do curso de enfermagem, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus de Santiago.

³ Autora. Graduanda do curso de enfermagem, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus de Santiago.

⁴ Orientadora. Docente do curso de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Mestre em Enfermagem.



especificidades e esse contexto necessita ser respeitado na produção de saúde, bem como, precisa ser pensado coletivamente no planejamento de ações em saúde em especial durante a consulta de enfermagem e coleta do exame citopatológico. **OBJETIVO:** Relatar a experiência vivenciada por acadêmicas de enfermagem acerca da prática da consulta de enfermagem e coleta de citopatológico em mulheres rurais. **MÉTODO:** Trata-se de uma prática de estágio da disciplina Enfermagem no Cuidado da Saúde da Mulher, realizada em um município da Região Centro-Oeste do Estado do Rio Grande do Sul, na Estratégia de Saúde da Família (ESF). A mesma foi realizada no mês de julho de 2016 e contemplou um total de 10h, tendo como participantes as mulheres rurais daquela região. **RESULTADOS:** No primeiro momento foi realizado o acolhimento às usuárias, o qual foi responsável por estabelecer ligação de confiança entre a usuária com a equipe/acadêmicas de enfermagem. Para o Ministério da Saúde (2013), acolhimento é uma prática que deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. “Em outras palavras, ele não é, *a priori*, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado, ou seja, o acolhimento trata-se de um dos mecanismos do acesso aos serviços de saúde” (Ministério da Saúde, 2013 p. 22). Frente a esse contexto, logo após o acolhimento, foram proporcionados momentos de escuta sensível às usuárias, onde foi possível identificar as dúvidas, receios e queixas em relação ao exame. Nesse sentido, foi dialogado acerca da técnica correta, demonstração dos materiais e desmistificação de mitos e tabus. No momento do exame, foram realizadas inspeção e palpação das mamas, concomitante com as orientações acerca da mamografia e retorno para receber o resultado do exame. Após procedeu-se a coleta do exame, no qual foram esclarecidas todas as etapas do procedimento, ressaltando a importância da coparticipação da mulher em todos os processos do cuidado. Ressalta-se que a consulta de enfermagem e exame citopatológico, ocorreram de forma tranquila e sem intercorrências. Após o término da coleta, foram proporcionados momentos de socialização e escuta acerca da sexualidade, menopausa e climatério, com o intuito de esclarecer alguns sinais e sintomas, bem como, de orientações importantes para uma vivência saudável desta etapa da vida da mulher, tendo em vista que a maioria das mulheres rurais estavam vivenciando o climatério. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A realização dessa prática curricular oportunizou conhecer a realidade em que vivem as mulheres rurais, ou seja, o cenário rural é singular, no qual a determinação social, as condições de vida e de trabalho em que as mulheres vivem



contribuem na produção saúde/doença. Além disso, também possibilitou aperfeiçoar a prática da consulta de enfermagem com ênfase na coleta de citopatológico. Quanto a isso se destaca a importância de atuar além da técnica, pois a coleta do exame é permeada por medo e incertezas, o que se faz necessário uma abordagem de diálogo, de escuta qualificada e respeitosa com as mulheres. Além disso, essa prática propiciou conhecer uma nova realidade de serviço de saúde, a qual contempla o meio rural, até o momento desconhecida. Nesse sentido, acredita-se que as ações de enfermagem devem contribuir para uma melhor qualidade de vida das mulheres, fortalecendo assim, as consultas de enfermagem e do vínculo, que é estabelecido entre o profissional enfermeiro e usuária. Também se acredita que seja necessário fortalecer discussões na academia em relação aos múltiplos fatores os quais estão imbricados no contexto do meio rural.

Descritores: Saúde da mulher. Enfermagem. Acolhimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno de Atenção Básica, 28, volume I).

CAMILO, Simone O; MAIORINO, Fabiana T. A Importância da escuta no cuidado de enfermagem - **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 3, 2012.

CATAFESTA, Gabriela; KLEIN, Débora P; SILVA, Eveline F; CANEVER, Bruna P; LAZZARI, Danielle D. Consulta de enfermagem ginecológica na estratégia saúde da família. *Arq. Ciênc. Saúde*, 2015.

INCA, Instituto Nacional do Câncer, 2016.

MELO, Maria, C.S.C; VILELA, Franciane; SALIMENA, Anna, M.O; SOUZA, Ivis, E.O. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária, 2012.

OLIVEIRA, Sherida KP; QUEIROZ, Ana P.O; MATOS, Diliane P.M; MOURA, Aline, F; LIMA, Francisca, E.T. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.** v. 65, nº 1, Brasília, 2012.

A presente edição foi composta pela URI,
em caracteres Times New Roman,
formato e-book, pdf, em outubro de 2017.